

КИЇВСЬКА ШКОЛА ЕКОНОМІКИ
МАГІСТЕРСЬКА ПРОГРАМА З ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ВРЯДУВАННЯ
ДИПЛОМНА РОБОТА

«Вплив ціннісних характеристик працівників медичних закладів Сокальського району
Львівської області на їхнє ставлення до реформи системи охорони здоров'я.»

Студент: Ябчанка Олександр

Науковий керівник: Гомза Іван

Для здобуття освітнього ступеня: Магістр

за спеціальністю: 281 Публічне управління та адміністрування

Київ 2021

Зміст

Анотація	ст. 2
Вступ	ст. 3
Огляд літератури	ст. 3
Питання дослідження	ст. 5
Теоретична рамка	ст. 5
Концептуалізація предмету дослідження.	ст. 6
Методологічний дизайн дослідження	ст. 7
Результати	ст. 8
Висновки та дискусія	ст. 25
Наслідки для політики	ст. 29
Список використаних джерел	ст. 30
Додатки	ст. 32

АНОТАЦІЯ

В Україні, попри запит на зміни у системі охорони здоров'я, низький рівень довіри до медичної реформи, що створює ризики для імплементації цих змін. Поряд з періодичними соціологічним дослідженнями ставлення громадян до реформи системи охорони здоров'я, прогалиною є відсутність соціологічних опитувань серед працівників медичних закладів, як безпосередніх учасників трансформації системи і тих, від кого залежить процес імплементації реформи. З огляду на те, що системні зміни у країні тісно пов'язані з цінностями громадян, нашим питанням до дослідження було, чи спостерігається кореляція між ціннісними характеристиками працівників медичних закладів і їхньою схильністю підтримувати чи блокувати реформу системи охорони здоров'я. Наше дослідження - case study з аналізом категорійних змінних, а саме вік і виконувана у закладі функція та відповіді на запитання щодо ставлення респондентів до медичної реформи і запитання, щодо ціннісних характеристик працівників. Грунтуючись на проведених дослідженнях ми виявили, що між працівниками закладів охорони здоров'я, що виконують різні функції є суттєві відмінності у баченні цілей медичної реформи. Лікарі і медичні сестри бачать цілями реформи збільшення тривалості життя і якості надання медичних послуг. Працівники підрозділів, що виконують адміністративні і господарські функції схильні вважати ціллю реформи зростання заробітку працівників. Разом з тим, незалежно від виконуваної у закладі функції, працівники були однаковими, щодо того, що ключовим у впровадженні медичної реформи є матеріально-технічне забезпечення закладів.

Серед респондентів переважали цінності виживання. Ми відслідкували кореляцію між зниженням віку і рухом від цінностей виживання до цінностей самовираження. Також прослідковувалась кореляційна залежність зі зростанням впливу на прийняття рішень у закладі від цінностей самовираження, до цінностей виживання, що підтверджує гіпотезу: трансформація медичної системи в Україні блокується через відсутність одного з трьох компонентів, а саме цінностей самовираження.

Ключові слова: медична реформа, цінності виживання і самовираження, працівники закладів охорони здоров'я.

Кількість слів: 9346

Аналітична проблема:

Медична реформа покликана покращити доступ громадян до якісної медичної допомоги, а також забезпечити медикам достойні умови роботи і оплату праці. За даними загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я України 2019» (Степурко та ін.) більшість респондентів заявили, що не підтримують урядовий курс реформи (42.1% зовсім не підтримують, 25%-скоріше не підтримують). Разом з тим, за даними соціологічної групи "Рейтинг" ("Оцінка медичної сфери", 2020) майже 60% опитаних вважають, що влада має продовжити медичну реформу. Іншими словами, потреба у змінах є, а довіри до цих змін немає, що є проблемою, оскільки загрожує імплементації медичної реформи.

Огляд літератури:

Легко зрозуміти, чому цим змінам чинять спротив бенефіціари корупції, адже як написала Джуді Твігг (Twigg, 2017, с. 7) описуючи медичну реформу в Україні: "Бенефіціарам корупції останніх двох десятиріч було що втрачати", проте залишається незрозумілим чому такий низький рівень довіри до реформи серед громадян, заради котрих ця реформа і проводиться. Наведені соціологічні дані можна впевнено називати опитуванням пацієнтів, оскільки усі ми рано чи пізно потребуємо медичної допомоги, але великою прогалиною залишаються соціологічні опитування серед працівників закладів охорони здоров'я, як безпосередніх учасників трансформації системи. У статті "Повернення цінностей та інституцій у теорію полів стратегічних дій" (Goldstone J. A. & Useem B., 2012) автори наголошують, що "будь-яка теорія соціальних дій повинна розрізняти періоди рутинних суперечок за чинними інститутами та нормами та виняткові виклики соціальному порядку, які мають на меті трансформувати ці інститути та норми". У випадку медичної реформи мова ішла не про суперечку за чинні інститути, а саме про трансформацію. Доказом цього є наступні факти: трансформація передбачає докорінні зміни принципів фінансування і управління(держава відходить від бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я і переходить до закупівель у цих закладів медичних послуг, заклади натомість отримують фінансову і управлінську автономію); трансформація передає цілий ряд функцій міністерства, пов'язаних з розподілом бюджетних коштів, іншим структурам (Національній Службі Здоров'я

України, ДП Медичні закупівлі України). Тому, констатуємо дефіцит довіри до реформи, імовірно, ми маємо справу з ситуацією, описаною у класичній роботі Конверса (1962) коли Конверс писав, про "особи, які найбільше підпадають під вплив політичних кампаній" (тобто тієї інформації, якою бомбардують виборців під час кампаній), можуть бути особами середнього рівня політичної обізнаності". Як вказував Залер (1991), "Кожна думка - це поєднання інформації та цінностей-інформації для формування ментальної картини того, про що йдеться, та цінностей, щоб судити про це". Отож, бенефіціари збереження старої системи з одного боку надають вибірккову інформацію, акцентуючи увагу саме на ймовірних наслідках від реформи, таких як "звільнення лікарів" і "закриття лікарень", упускаючи при цьому очікувані від реформи результати, а з іншого боку маніпулюють цінностями громадян (мова про цінності виживання), використовуючи такі епітети як "медична реформа - це геноцид українського народу" та "Уляна Супрун - це доктор смерть". Окрім безпосередніх бенефіціарів збереження старої системи тему медичної реформи активно використовували ряд українських відомих політиків, зокрема Юлія Тимошенко "медична реформа є інструментом мінімізації українців на своїй власній землі...це депопуляція називається", Вадим Рабінович "Супрун створила нову систему, яка називається: Немає грошей – помри" (112 Ukraine, 2020), Олег Ляшко "доктор смерть яка позбавляє мільйони українців можливості отримувати медичну допомогу має бути звільнена з посади" (112 Ukraine, 2018). Показовим був випадок, коли фразу заступника міністра Олександра Лінчевського на засіданні Рахункової Палати України щодо ефективності використання бюджетних коштів "Вони всі помруть...ми даємо шанс людині пожити ще трішки, пожити довше" використали у протилежному контексті, сказавши, що онкохворі і так помруть, тому їх не потрібно лікувати (*"Тратить деньги на онкобольных нецелесообразно, они всё равно умрут, без вариантов!"*, 2018). Таким чином ситуація виглядає наступною: бенефіціари старої корупційної системи, маніпулюють середнім рівнем обізнаності громадян і створюють умови для недовіри громадян до процесу трансформації системи, ціллю якого є покращити доступ пацієнтів до медичної допомоги і створити медикам достойні умови роботи і оплати праці. Вірогідно, одним з факторів, який спрощує подібну маніпуляцію, є резонанс використовуваних послань із домінуючими соціальними цінностями виживання. Під цінностями виживання я маю на увазі сукупність налаштувань і очікувань, які «роблять акцент на економічній та фізичній безпеці». Як зазначено у Світовому Дослідженні Цінностей (Inglehart & Welzel, 2020) щодо зв'язку рівня довіри і цінностей: "Цінності виживання роблять акцент на економічній та фізичній безпеці. Це пов'язано з відносно етноцентричним світоглядом та низьким рівнем довіри та толерантності." На протилежному кінці ціннісної шкали Інглегарта лежать цінності самовираження. Оскільки медреформа є компонентом модернізації соціальних процесів загалом і публічної політики в сфері охорони здоров'я зокрема, виникає питання, чи загальна тенденція, встановлена Інглегартом, Венцелем та іншими засновниками Всесвітнього опитування цінностей, а саме взаємодія трьох компонентів модернізації - цінностей самовираження, соціально-економічного розвитку та демократичної консолідації стверджується у випадку України. Коментуючи тему цінностей Ярослав Грицак (2018) написав про те, що і до, і навіть після початку війни з

Росією Україна невпинно рухається до цінностей самовираження, що підтверджується дослідженням 2015 року. Ці цінності поділяють переважно молоді люди з вищою освітою, мешканці великих міст, це люди котрі були на Майдані. Проте, ця група людей у меншості (близько 15%), що пояснює складність реалізації структурних реформ. Іншими словами, нас цікавить, чи не загальмувалася модернізація медичної сфери в Україні через відсутність одного з трьох необхідних компонентів, цінностей самовираження у безпосередніх учасників системи охорони здоров'я, а саме працівників медичних закладів.

Для цього, ми обрали в якості предмету дослідження власне персонал, залучений до впровадження реформи, тобто працівників медзакладів. Оскільки наразі відсутнє систематичне вивчення ставлення працівників закладів охорони здоров'я до медичної реформи, встановлення ціннісних налаштувань цього ключового стейкхолдера, дозволить зрозуміти особливості й перепони реформування ключової галузі в Україні.

Питання дослідження

Чи спостерігається кореляція між ціннісними характеристиками працівників медичних закладів і їхньою схильністю підтримувати чи блокувати реформу системи охорони здоров'я?

Теоретична рамка

Ціннісна модель Інглегардта (Рис 1.) дає нам змогу відслідкувати зв'язок між ціннісними характеристиками суспільства, процесом його модернізації загалом і публічної політики в сфері охорони здоров'я зокрема. Слід зауважити, що ціннісна модель Інглегардта є не єдиним способом вивчення цінностей. Можна виділити принаймні дві конкурентних моделі: модель Шварца (Рис 2) і модель Рокіча. Протиставлення протилежних цінностей (цінності виживання/цінності самовираження) на шкалі Інглегардта перегукується з ціннісною моделлю Шварца де є два полярні виміри. Один протиставляє цінності « відкритості до змін» та «збереження». Цей вимір фіксує конфлікт між цінностями, які підкреслюють незалежність думок, дій та почуттів та готовність до змін (самонапрявлення, стимулювання), та цінностями, які підкреслюють порядок, самообмеження, збереження минулого та спротив змінам (безпека, відповідність, традиція)” (Рис 2). Як бачимо, ціннісна модель Шварца складніша, і дає більше інформації щодо ціннісної картини, Інглегадт, утім, проводив лонгitudний аналіз, тоді як Шварц - точковий. Оскільки ми розглядаємо ціннісні показники працівників закладів охорони здоров'я для розуміння особливостей і перепон реформування галузі у історичній ретроспективі, а також для розуміння того, як продовжити реформування галузі у майбутньому, попри аналітичну глибину Шварца, ми надаємо перевагу саме моделі Інглегадта.

З іншого боку, дослідження цінностей важливо не лише для оцінки і прогнозів на макрорівні (громади, держави, світ) а й на індивідуальному рівні. Таку модель, розробив Мілтон Рокіч. “Опитування особистих цінностей Рокіча - це інструмент, створений щоб допомогти людям зрозуміти їхні цінності” “Розуміння особистих цінностей - це чудовий перший крок у розвитку самосвідомості. Поліпшення самосвідомості приносить великі переваги у світі праці. Вони варіюються від

покращення нашого добробуту до того, щоб ми могли бути вразливими на робочому місці та демонструвати справжнє лідерство” (“*Rokeach's Personal Values Survey*”, 2021). Проте, подібне дослідження серед працівників медичних закладів імовірно допомогло б у особистісному розвитку працівників, але не дало б нам відповідей на наше аналітичне питання. Методика Інглегарта має свої обмеження, зокрема, вона не враховує культурні особливості в межах країни, тоді як теорія культурних вимірів Хофстеде дає змогу врахувати ці дані. У своїй праці Хофстеде та ін. доводять, що джерела нашої поведінки лежать у соціальному середовищі “в якому людина виросла і набула свій життєвий досвід” (Hofstede, Hofstede & Minkov, 2010). Так, у розділі “Культура як розумове програмування” автори наголошують на тому, що “Програмування починається в сім’ї; воно продовжується в околицях, у школі, у молодіжних групах, на робочому місці та в житловому середовищі”, “Звичайним терміном для такого розумового програмного забезпечення є культура” (Ibid., с. 4). Культурні відмінності, на думку авторів, проявляються по-різному “Із багатьох термінів, що використовуються для опису проявів культури, наступні чотири разом досить чітко охоплюють загальну концепцію: символи, герої, ритуали та цінності” (Ibid., с. 7). Далі автори дають визначення цінностей “Це широкі тенденції віддавати перевагу певним станам речей перед іншими. Цінності - це почуття з доданою стрілкою, що вказує на плюс і мінус”. Теорія культурних вимірів включає шість категорій, що характеризують культурні виміри

- Індекс відстані потужності
- Коллективізм проти Індивідуалізм
- Індекс уникнення невизначеності
- Жіночність проти Маскулінність
- Короткострокові проти Довгострокова орієнтація
- Стриманість проти поблажливості

Ця система використовується для розмежування різних національних культур, вимірів культури та оцінки їх впливу. Дослідники Сьорд Беугельсдак і Кріс Вельцель рекомендують поєднувати концепції Інглегарта і Хофстеде (Beugelsdijk & Welzel, 2018), щоб уникнути обмежень, накладених культурними особливостями різних соціальних груп.

Пророблена теоретична база дозволяє виразити поставлене дослідницьке питання у формі робочої **гіпотези**. А саме, я допускаю, що *модернізація медичної сфери в Україні загальмувалася через відсутність одного з трьох необхідних компонентів, цінностей самовираження у одного з ключових стейкхолдерів системи - працівників закладів охорони здоров'я.*

Концептуалізація предмету дослідження.

Предметом нашого дослідження є працівники закладів охорони здоров'я Сокальського району Львівської області.

Вибір цього регіону продиктований тим, що переважна кількість українців (біля 80%), згідно даних світового дослідження цінностей 2020 в Україні мають цінності виживання. Такий висновок можна зробити, подивившись на наступні відповіді: “В Україні переважна більшість населення (82,6%) поділяє тією чи іншою мірою думку

про повсюдну поширеність корупції” (Акуленко та ін., 2020, с. 92) “за уявленнями населення України в 2020 році найбільш залученими до корупції є органи державної влади – 72,2% зазначили, що ці органи є всі або більшість з них залучені до корупції” (Ibid., с. 93), що означає цінності виживання, натомість лише “22,4% респондентів, у дослідженні цінностей в Україні підтримали погляд, що люди самі повинні нести більше відповідальності за те, щоб себе забезпечити” (Ibid., с. 93), що говорить про цінності самовираження. Оскільки обраний нами регіон для дослідження гомогенний за етнічним складом (понад 98% українці), то з високою долею ймовірності ми припустили, що працівники закладів охорони здоров'я нашого case study матимуть цінності виживання, отже, наш case study буде типовий для України, що, може стати у нагоді при реалізації медичної реформи у інших регіонах країни.

Водночас, особлива увагу до медпрацівників Сокальського району є безпосередньою інкорпорацією рекомендацій Беугельсдак і Вельцеля: ми вирішили протестувати цінності однієї гомогенної групи представники котрої є безпосередніми і найактивнішими (за власним бажанням чи за волею обставин) учасниками реформи системи охорони здоров'я. Рональд Інглегард і Крістіан Велцель вказують на зв'язок між ціннісними характеристиками респондентів і віком, а саме *зі зниженням віку спостерігається рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання* (Inglehart & Welzel, 2005, с. 95). Разом з тим, автори наголошують, що така тенденція має місце у постіндустріальних суспільствах, на відміну від суспільств, що не зазнали економічного розвитку (Ibid., с. 97). У нашому випадку варто брати до ваги і той факт, що респонденти старших вікових категорій соціалізувались у часи СРСР, коли домінантним культурним проектом були цінності виживання. Водночас, Інглегард і Велцель вказують зв'язок *між ціннісними характеристиками носіїв повноважень і реформами* (Ibid., с. 226). Очевидно, це пов'язано із прагнення панування заради влади, а не заради вирішення проблем, що є типовою ознакою цінностей виживання. Відповідно, у цьому дослідженні **незалежними змінними є вік і виконувана у закладі функція, залежною змінною** – ставлення респондентів до медичної реформи. В дизайні нашого дослідження особливу роль відіграла частина опитника, яка дозволяла визначити ціннісні характеристики респондента і поранжувати їх по ціннісній шкалі виживання/самовираження. На основі отриманих результатів ми розумітимемо зв'язок між віком, виконуваною функцією зі ставленням респондентів до медичної реформи, а також, як різняться ціннісні характеристики у респондентів різного віку чи виконуваної функції.

Встановлення ціннісних налаштувань ключового стейкхолдера, а також зв'язок цінностей зі змінними у цих двох площинах дозволить зрозуміти особливості й перепони реформування системи охорони здоров'я Сокальського району Львівської області, а результати можуть бути екстрапольовані на всю Україну.

Методологічний дизайн дослідження

Наше дослідження було проведене за дизайном case study. У процесі дослідження ми аналізували *категорійні змінні*: вік і виконувана у закладі функція та відповіді на запитання щодо відношення респондентів до медичної реформи, а також щодо ціннісних характеристик працівників. Ми провели *традиційне опитування*

респондентів через письмові формуляри. Інтерв'юер приходив до респондентів і просив заповнити форму. Контакт з респондентом був прямий, спосіб комунікації: вербальний і текстуальний (заповнення анкети).

Місцем проведення опитування були заклади охорони здоров'я. Ми контактували з потенційними респондентами під час передачі зміни, що дозволяло охопити якомога більшу кількість людей. Анкета розроблена таким чином, щоб було можливо розподілити респондентів за категоріями в залежності від статі, місця проживання, віку, виконуваної функції у закладі і співставити ці дані з обізнаністю і відношенням до реформи системи охорони здоров'я, а також їхніми ціннісними характеристиками (Додаток 4). Відповіді переносились у таблицю Excel (Табл. 1). Далі, за допомогою програми RStudio (Додаток 4) проводились розрахунки. З труднощів можна відмітити те, що респонденти відповідали не на усі поставлені запитання, особливо це стосувалось запитань, де потрібно було розставити відповіді по порядку від 1 до 5.

Результати

Процес збирання емпіричних даних тривав приблизно 4 місяці/біля 100 днів у період з жовтня 2019 до січня 2020 року. За цей вдалося сформувати опитати таку кількість людей і сформувати таку **вибірку**: (Рис 3)

Працівники, що виконували адміністративну функцію - 24

Працівники, що виконували господарську функцію - 24

Лікарі - 60

Медичні сестри - 111

Генеральна сукупність є наступною:

Працівники, що виконували адміністративну функцію - 56

Працівники, що виконували господарську функцію - 363

Лікарі - 151

Медичні сестри - 521

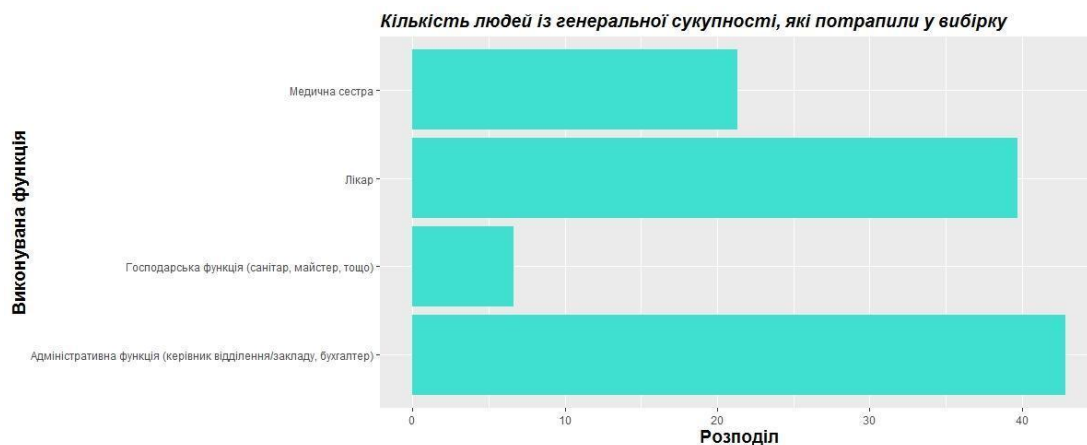
Відповідно, вагові коефіцієнти є такими:

$56/24=2,33$ для працівників, що виконували адміністративну функцію

$363/24=15,125$ для працівників, що виконували господарську функцію

$151/60=2,52$ для лікарів

$521/111=4,69$ для медичних сестер

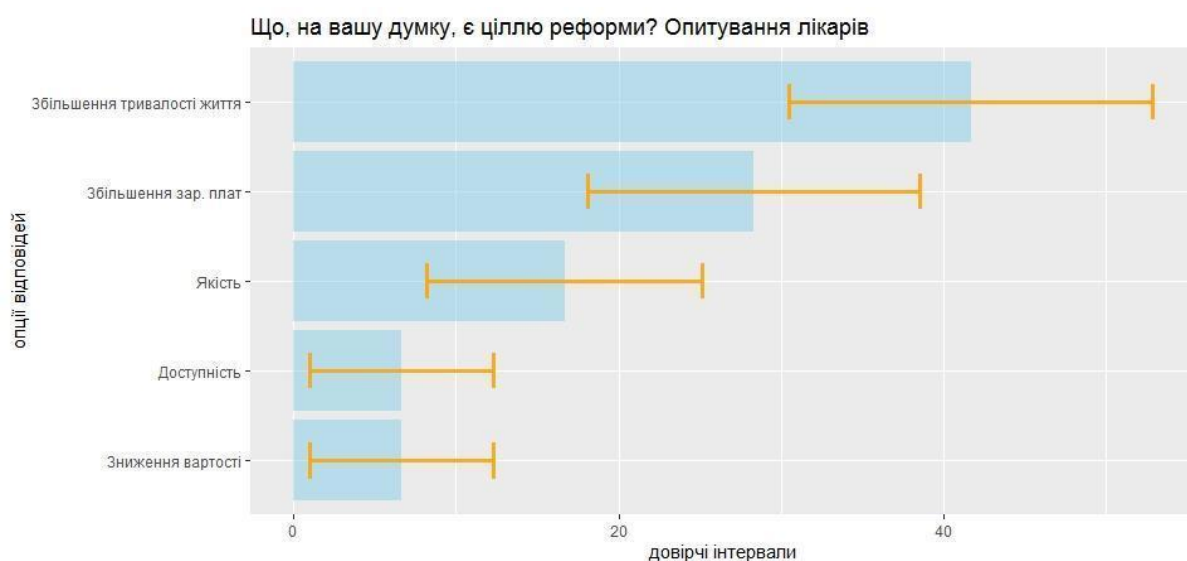


Оброблення результатів опитування дозволило встановити наступні закономірності.

Розподіл відповідей про ставлення до медичної реформи залежно від виконуваної функції та віку

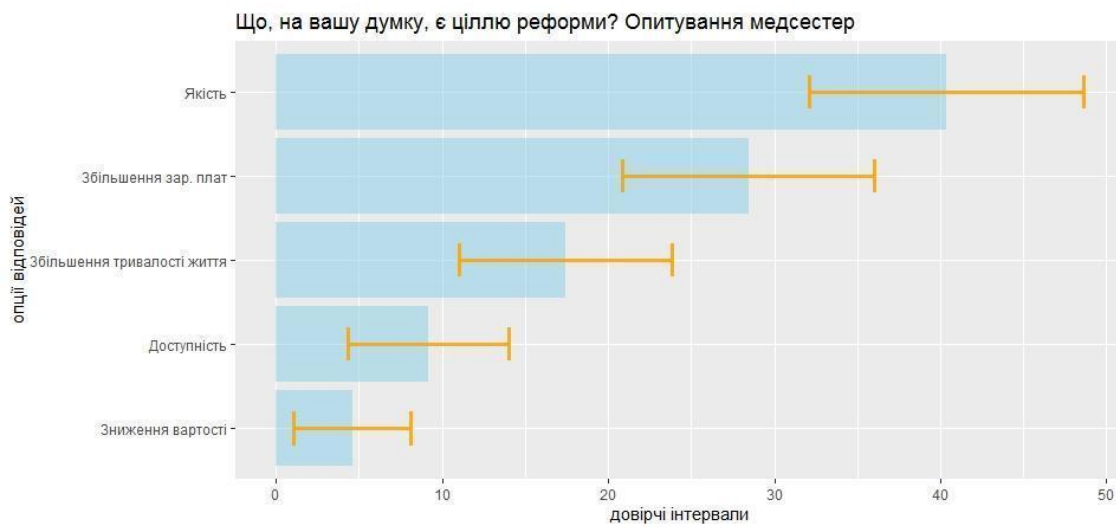
Аналізуючи відповіді на запитання, «Що, на Вашу думку, мало би бути ціллю медичної реформи?» серед лікарів найвищий відсоток, а саме 41,67% був тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи має бути зростання середньої тривалості життя громадян (Рис 4).

Рис 4



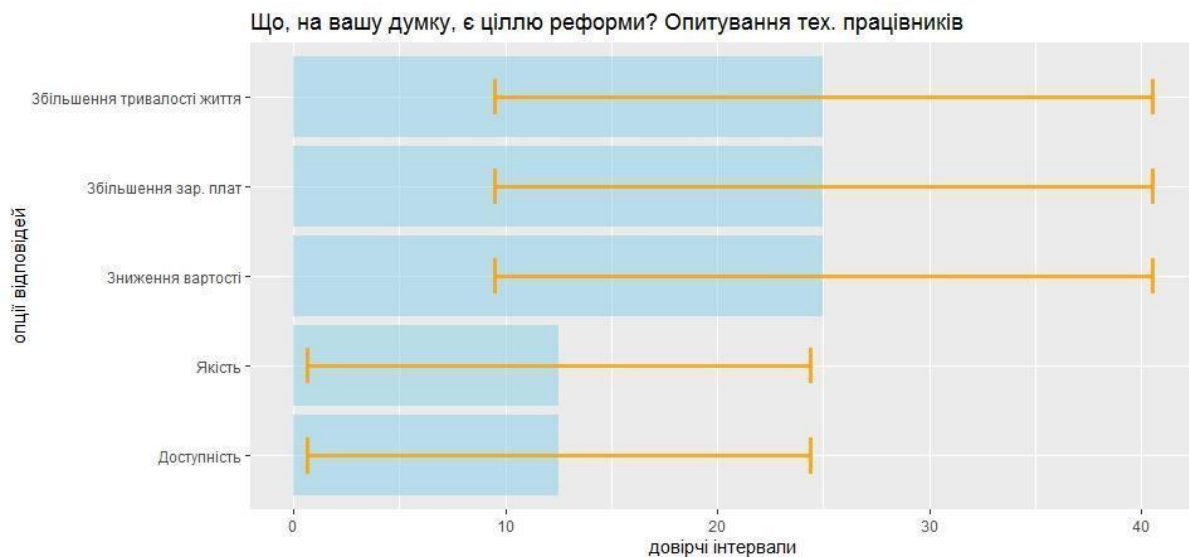
Серед медичних сестер, котрі відповідали на це запитання, найвищий відсоток, а саме 40,37% був тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи має бути зростання якості медичних послуг (Рис 5).

Рис 5



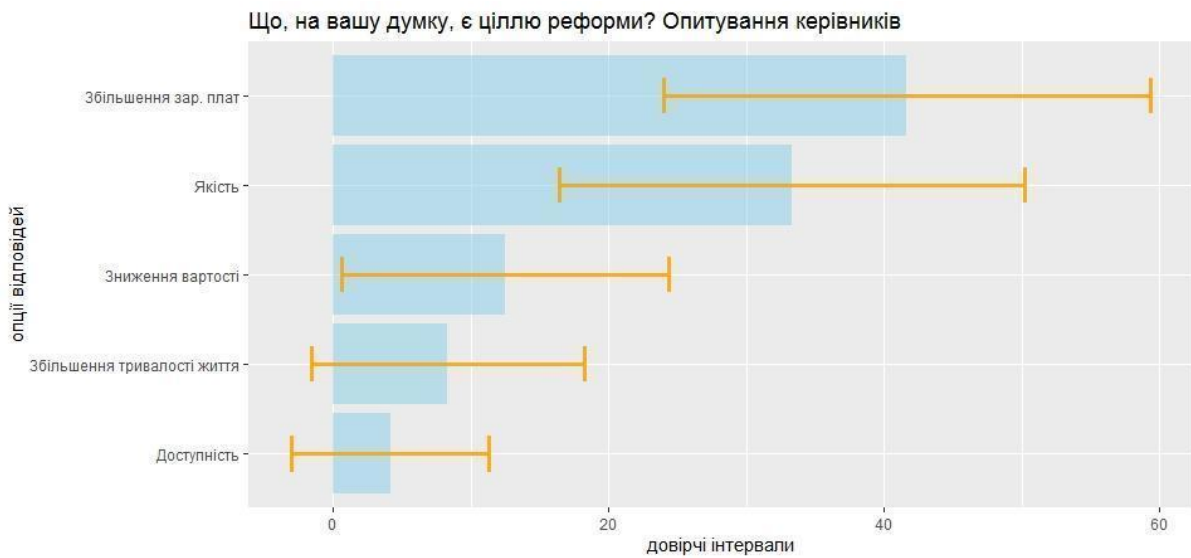
Серед працівників, що виконували технічну функцію, відповіді на запитання «Що, на Вашу думку, мало би бути ціллю медичної реформи?» розподілились порівну серед варіантів «Зростання середньої тривалості життя», «Зростання заробітку працівників медичних закладів» і «Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів» і становили по 25% (Рис 6).

Рис 6



Серед працівників, котрі виконували адміністративну функцію найвищий відсоток, а саме 41,7 % був тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи має бути «Зростання заробітку працівників медичних закладів».(Рис 7).

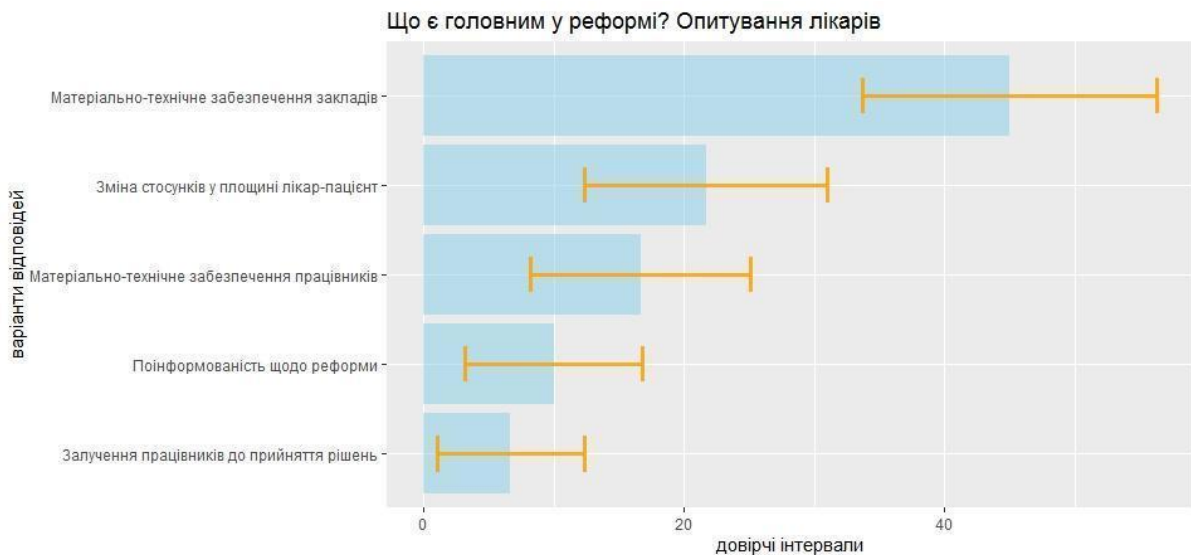
Рис 7



Розподіл відповідей про уявлення щодо медичної реформи залежно від виконуваної функції та віку

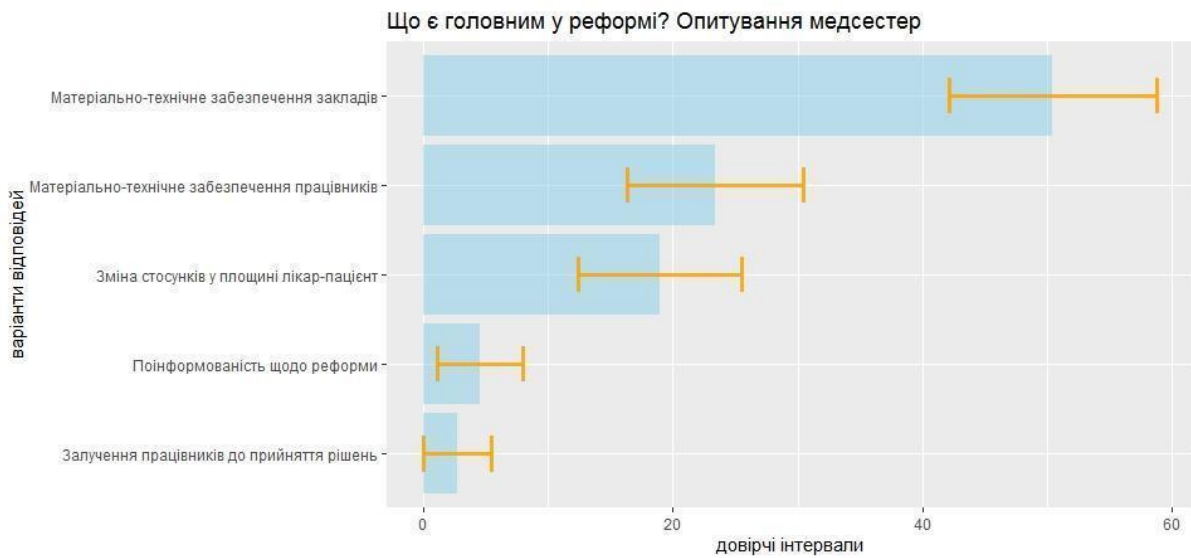
Аналізуючи відповіді на запитання “Що, на Вашу думку, має бути ключовим у впровадженні медичної реформи” я отримав наступні результати: 45% лікарів відповіли, що ключовим має бути матеріально-технічне забезпечення медичних закладів(Рис 8).

Рис 8



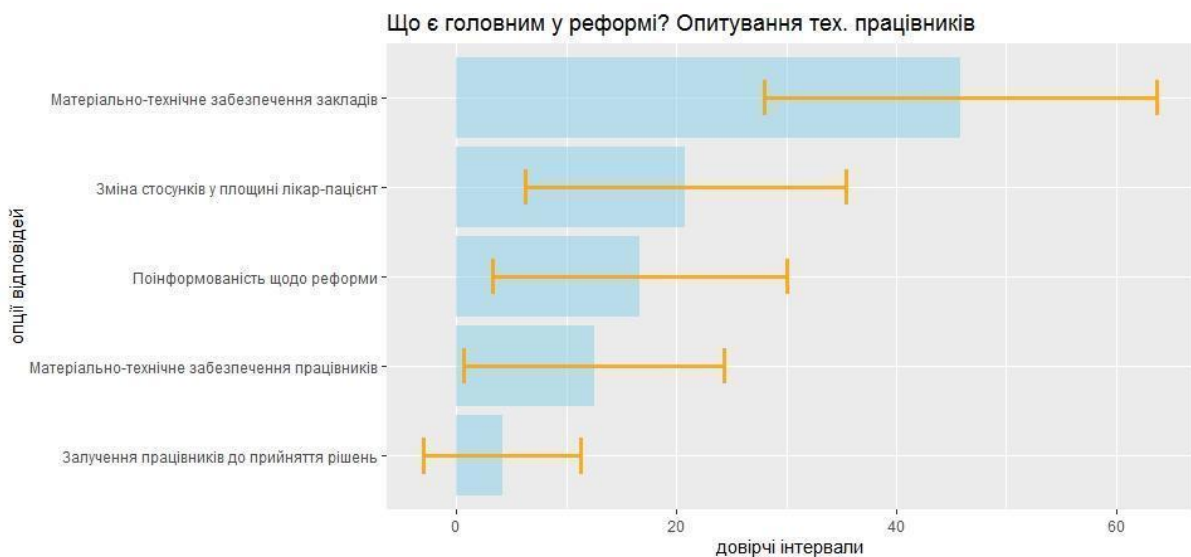
Медичні сестри у цьому питанні були солідарними з лікарями, оскільки відсоток респондентів цієї групи, а саме 50,45 % теж вважали так само.(Рис 9).

Рис 9



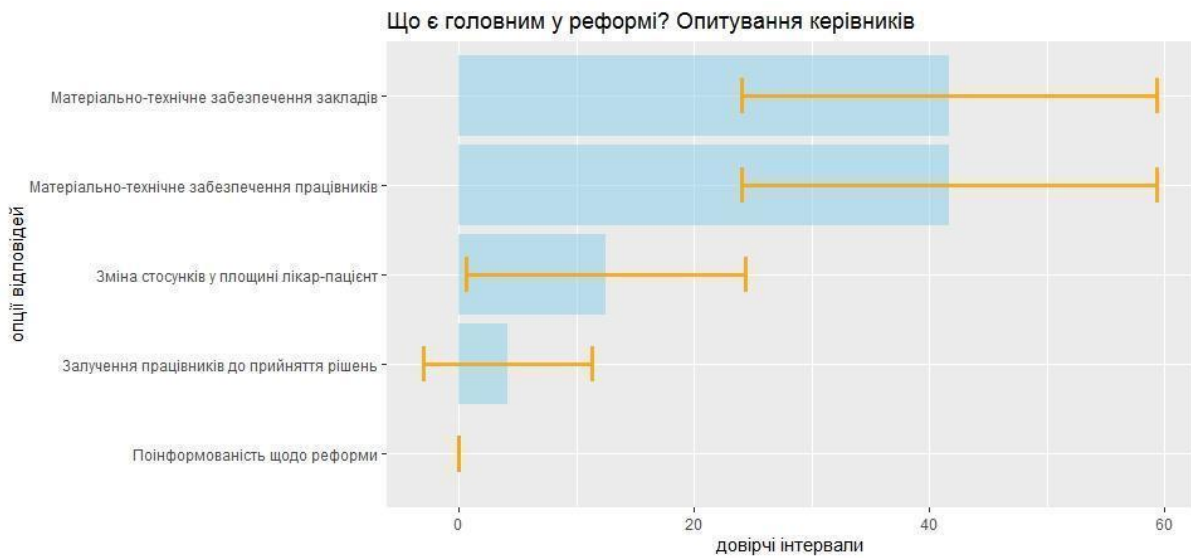
Дещо нижчим був відсоток серед працівників, котрі виконували технічну функцію, 45,8 %, проте, як і у попередніх двох категоріях, працівники вважали, що ключовим у впровадженні реформи є матеріально-технічне забезпечення медичних закладів. (Рис 10).

Рис 10



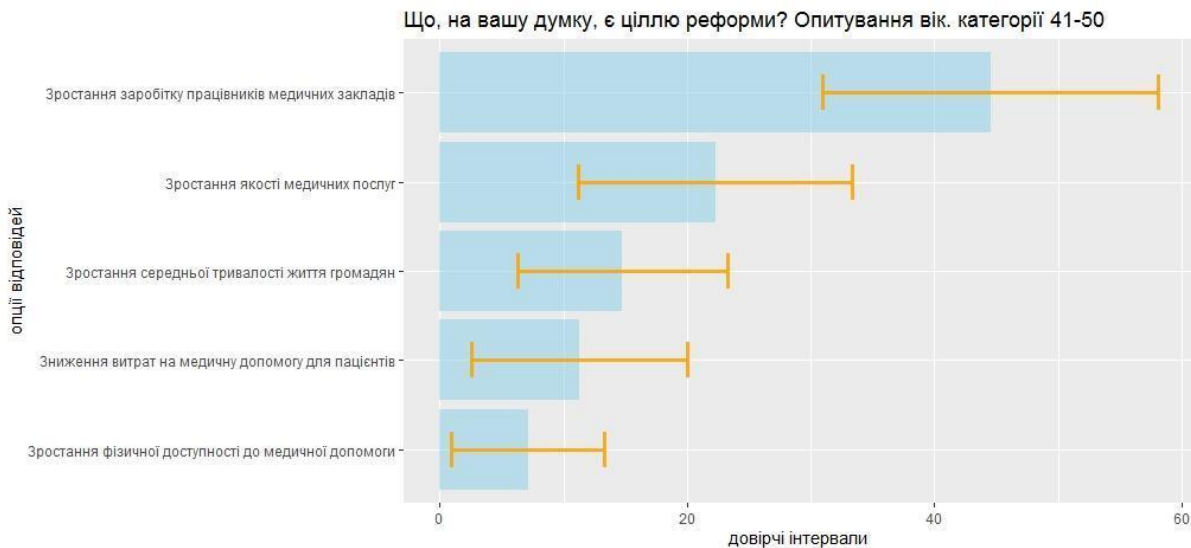
Серед працівників, котрі виконували адміністративну функцію, ми отримали однакову кількість, а саме по 41,7% тих, що вважали ключовим у впровадженні медичної реформи матеріально-технічне забезпечення медичних закладів і матеріальне забезпечення медичних працівників (Рис 11).

Рис 11



Найвищий відсоток тих, що вважали, що ціллю медичної реформи має бути зростання заробітку працівників медичних закладів, був серед вікової групи 41-50 років і становив 44,8% від загальної кількості респондентів у цій групі. (Рис 12).

Рис 12



Найвищий відсоток тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи мало би бути зростання якості медичних послуг був серед респондентів молодших вікових груп до 30 років і 31-40 років (Рис 13 і 14 відповідно).

Рис 13

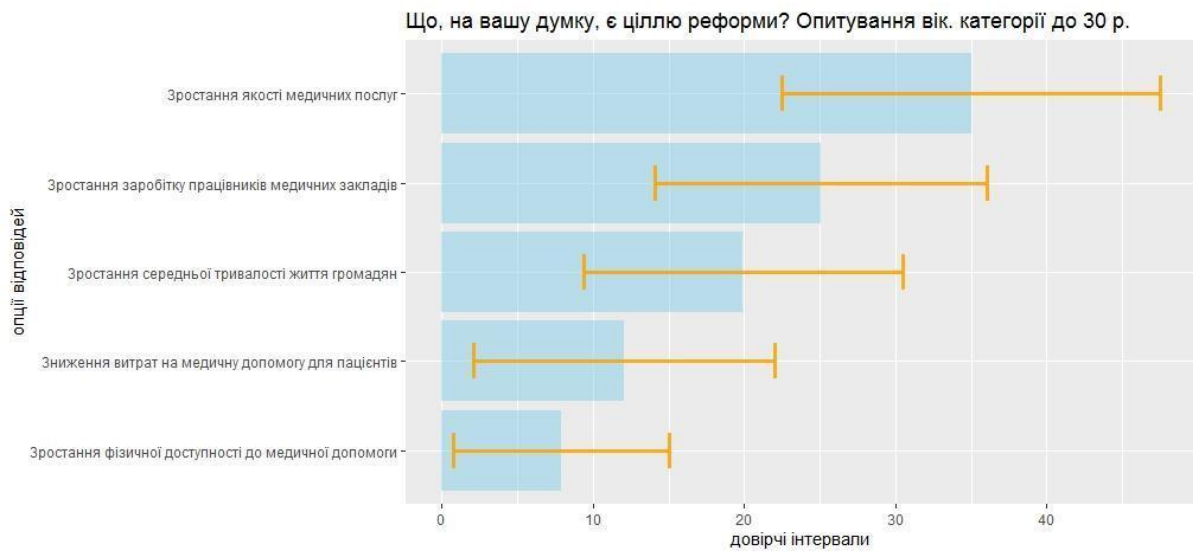
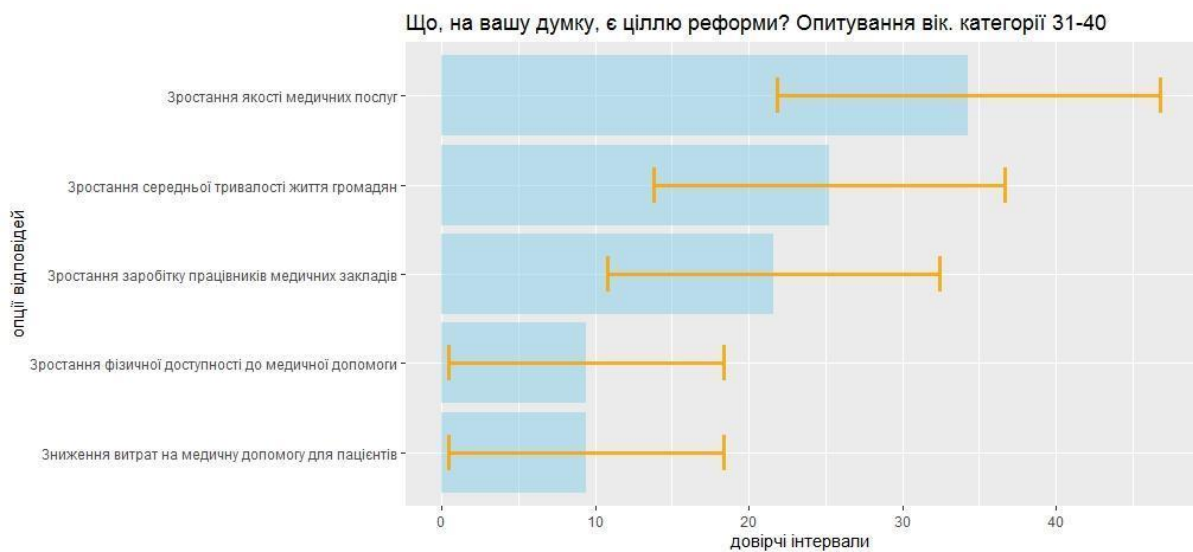
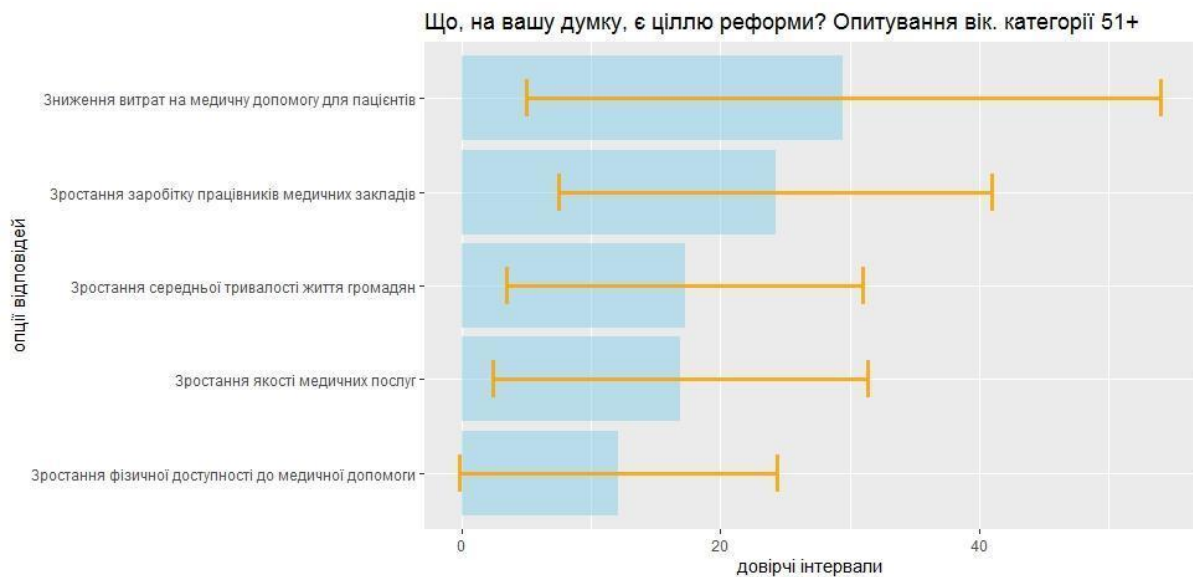


Рис 14



Найвищий відсоток тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи має бути зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів був серед старшої вікової категорії 51+ (Рис 15).

Рис 15



Такі результати показують, що зі збільшенням віку респондентів відбувається рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Те, що респонденти найстаршої вікової категорії найчастіше відповідали, що ціллю реформи має бути зменшення вартості медичних послуг, ймовірно, це було пов'язано із тим, що вони відносяться до категорії, котра має найбільші ризики для здоров'я.

Найнижчі відсотки (по 8,22% від загальної кількості респондентів)отримали варіанти відповіді щодо цілей медичної реформи “Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів” і “Зростання фізичної доступності до медичної допомоги (лікарня недалеко від дому, лікар приходить додому, за найменшої потреби приїздить швидка)”. Подібний результат може означати те, що респонденти усе ж більше ідентифікують себе у системі охорони здоров'я, як працівників медичних закладів, аніж як пацієнтів. Підтвердженням цієї інтерпретації може бути і те, що серед респондентів, що проживають у селі, чи у селищі міського типу, відсоток тих, котрі вважали, що ціллю медичної реформи є “Зростання фізичної доступності до медичної допомоги (лікарня недалеко від дому, лікар приходить додому, за найменшої потреби приїздить швидка)” був для села 14, 71%, для селища міського типу жоден з респондентів не обрав цей варіант відповіді.

Розподіл відповідей про досягнення змін у медичній галузі залежно від виконуваної функції та віку

Якщо співставити ці результати з відповідями на запитання, чи відбулись, на Вашу думку, зміни у системі охорони здоров'я, протягом 2018-2019 років, то отримаємо наступні результати. 43,38% респондентів загальної групи вважають що зміни відбулися, але не ключові. Так вважають 44,14% медичних сестер, 36,67% лікарів і 75,00% працівників, що виконують адміністративну функцію. Якщо взяти до уваги відповіді на запитання, щодо цілей медичної реформи, то вищеописані результати

можна було б з високою ймовірністю трактувати, як те, що медичні сестри не вважають, що відбулись суттєві зміни у якості надання медичних послуг, лікарі не бачать впровадження ключових змін, що сприяли б зростанню тривалості життя пацієнтів, а працівники адміністрації не відмітили ключових змін, котрі б забезпечили зростання заробітку працівників медичних закладів.

Це ж підтвердили відповіді на запитання, щодо впливу медичної реформи на респондентів, як працівників закладів охорони здоров'я, де 30,59% від загальної кількості опитаних відповіли, що реформа не впливає на них жодним чином. Не вплинула реформа жодним чином на респондентів і як на пацієнтів, про це заявили 33,79% опитаних.

Якщо проаналізувати це питання з огляду на вік респондентів, то побачимо, що найбільший відсоток 39,13% тих, що вважають, що відбулись позитивні зміни серед вікової групи до 30 років, проте, у цій віковій групі, на запитання щодо цілей медичної реформи 26,09% респондентів вважали, що це зростання заробітку працівників медичних закладів.

Розподіл відповідей щодо поінформованості про реформу медичної галузі залежно від виконуваної функції та віку

Аналізуючи відповіді на запитання, щодо поінформованості про основні положення медичної реформи, ми отримали наступні результати. Більше половини, а саме 50,68% респондентів загальної групи вважають себе малопоінформованими. 36,99% загальної вибірки респондентів вважають що інформації недостатньо і вона не завжди зрозуміла, але отримують її при цьому переважною більшістю 49,32% зі ЗМІ. Якщо ж детальніше проаналізувати це питання, то побачимо, що найвищий відсоток серед лікарів 41,6% володіють тією інформацією, яка їм цікава і стосується саме їх, більше половини медичних сестер 53.1% вважали себе малопоінформованими, як і 70% працівників, що виконували адміністративну функцію, що виглядає вкрай дивно, з огляду на те, що саме вони, працівники, що виконують адміністративну функцію, відповідальні за впровадження медичної реформи. З іншого боку, можна припустити, що такий високий відсоток серед цієї категорії працівників може бути викликаний тим, що саме працівники, що виконують адміністративну функцію мають найбільше потреби у інформації і, як наслідок, усвідомлюють свою непоінформованість, тоді як працівники, що виконують інші функції обмежуються меншим об'ємом інформації, про що і відповіли у анкеті. Підтвердженням цього припущення є те, що на запитання "Чи достатньо, на вашу думку, інформації про хід реформи у відкритому доступі та чи зрозуміла вона?", саме респонденти цієї категорія працівників медичних закладів переважною більшістю 62.5% відповіли, що інформації недостатньо і вона не завжди зрозуміла. З огляду на те, що 50% цієї категорії працівників отримували інформацію з офіційних сторінок МОЗу, Кабінету Міністрів, чи інших носіїв повноважень, це може бути як ознакою неефективності комунікації зі сторони носіїв повноважень, так і неумінням працівників закладів охорони здоров'я знаходити потрібну інформацію на офіційних сторінках відповідних органів влади.

Якщо ж проаналізувати поінформованість у розрізі вікових категорій респондентів, то отримуємо наступні результати. Найвищий відсоток тих, котрі вважали, що володіють інформацією, яка їм цікава і стосується саме їх, був серед вікової групи 51 і більше, і становив 60.4%. Респонденти ж молодших вікових категорій вважали себе малопоінформованими: до 30 років 42.9%, 31-40 років 55.4%, 41-50 років 78.7%. Можливо, і тут причина у тому, що молодші вікові категорії мають більше усвідомлення, щодо самого факту системних змін які відбуваються в охороні здоров'я. Підтвердженням цього припущення може бути те, що на питання "Чи достатньо вам інформації щодо реформи?" саме серед категорії респондентів 51 і більше був найвищий відсоток тих, котрі вважали, що інформації щодо медичної реформи достатньо: 13,6% вважали, що її достатньо і вона зрозуміла, 53% вважали, що інформації достатньо і вона не завжди зрозуміла. Більшість, а саме 54 % цієї категорії респондентів черпали інформацію зі ЗМІ і цієї інформації їм вистачало, оскільки вони вважали себе поінформованими у тих питаннях, котрі їм цікаві. Дивними є результати по молодших вікових категоріях. Вони, як і категорія 51+ черпали інформацію переважно у ЗМІ: до 30 років 46.4% респондентів, 31-40 років 49%, 41-50 років 51%, але, разом з тим респонденти цих вікових категорій категорії малопоінформованими. Іншими словами, вони пасивно черпали інформацію зі ЗМІ, вважаючи при цьому, що цієї інформації недостатньо, проте не роблячи активних кроків по пошуку інформації з інших джерел, як до прикладу офіційні сторінки МОЗу, Кабінету Міністрів, чи інших носіїв повноважень. Доволі несподіваним були і відповіді на запитання "Як на Вашу думку, чи наявна інформація сприяє змінам у системі охорони здоров'я?". Так, серед лікарів більшість респондентів відповіли, що сприяє (Сприяє частково відповіли 37.3% лікарів; Так, сприяє відповіли 20.4%), як і серед медичних сестер (Сприяє частково відповіли 41,4 % медичних сестер; Так, сприяє відповіли 9,9 % медичних сестер). Натомість, працівники, що виконували адміністративну функцію найчастіше вважали, що наявна інформація не має жодного впливу 37.5%. Іншими словами, саме працівники, що виконували адміністративну функцію і мають найбільше впливу на реалізацію медичної реформи, вважали, що інформації недостатньо, черпаючи її найчастіше у ЗМІ і при цьому усвідомлювали, що інформація це не має жодного впливу!

Розподіл відповідей щодо особистих наслідків реформи медичної галузі залежно від виконуваної функції та віку

На запитання, як реформа вплинула на вас, як працівника закладу ОЗ, у загальній групі респондентів, ми отримали однакову кількість відповідей, що не вплинула жодним чином, а також, ще не вплинула, але очікування позитивні, так відповіли 30,59% опитаних. Негативні очікування мали 11,87% респондентів, найменше ж було тих, що вважав, що реформа впливає на них негативно 8,68%.

На запитання, щодо впливу медичної реформи, на респондентів, як на пацієнтів, найчастіше, у 33,79% випадків, ми отримували відповідь, що не впливає жодним чином. 25,11% респондентів мали позитивні очікування, негативні ж очікування були у

4,11% респондентів. Незважаючи на те, що негативні очікування мали 11,87% респондентів, як професіонали і 4,11% як пацієнти найактуальнішим для працівників медичних закладів на сьогодні є гарантія збереження сьогоднішнього місця роботи, таку думку висловили 48,40%. Другою, за актуальністю була відповідь щодо можливості зміни роботи на більш оплачувану, але далі від дому. Найменш актуальним працівники закладу вважали можливість впливати на прийняття рішень у їхньому закладі. Це підтверджує нашу гіпотезу стосовно того, що працівники закладів охорони здоров'я переважно мають цінності виживання, що у свою чергу означає, що наш кейс є типовим для України. Разом з тим, запитання “Хто і як на Вашу думку мав би приймати рішення щодо оплати праці працівників і штату лікарні у Вашому закладі” найпоширенішою відповіддю була “Такі рішення мають прийматись на загальних зборах усіх працівників лікарні” що становило 37,90% у загальній вибірці респондентів, а 41,10% опитаних готові брати участь (НЕ в якості претендента) у процедурі відбору головного лікаря.

Таким чином можна зробити проміжні висновки, що спостерігаються підстави для обережного оптимізму: респонденти вірять, що “зміни відбулись, але не ключові”, і хоча “ми їх поки не відчули” ні як пацієнти, ні як професіонали, проте маємо позитивні очікування. Показовою є перевага мати гарантію “залишитись на попередньому місці роботи”, над можливістю знайти більш оплачувану роботу, чи впливати на процеси у закладі. Подібний оптимізм можна описати виразом “аби не гірше”. Таку картину бачимо при запитаннях, щодо персональної долі працівника, проте, коли мова йде про те, як мали би бути влаштовані процеси прийняття рішень, більшість вважає, що вони мали б прийматись колегіально. Мова про можливість впливати на фінансові і кадрові рішення працівниками закладів охорони здоров'я. Цей оптимізм можна трактувати не внутрішньою готовністю користуватись можливостями, які виникають внаслідок реформи (можливість конкурувати за пацієнта і отримувати більше прибутку, можливість професійного росту і, як наслідок покращення умов праці), а як віра у позитивні зміни, котрі, самі по собі настануть.

Підтвердженням цього припущення можуть слугувати відповіді щодо порядку важливості різних можливостей, де найважливішим виявилась оплата праці на сьогоднішньому місці роботи, а найменш значущим - можливість влаштувати дитину(родину) у великому місті, або за кордоном, і навряд чи у цій ситуації можна пояснити відповіді респондентів патріотичними мотивами, адже передостаннім у значущості була можливість влаштувати дитину(родину) на достатньо(середня по місту) оплачувану посаду у себе в місті, що, знову ж, свідчить про переважання цінностей виживання серед наших респондентів. Можливість професійного росту на сьогоднішньому місці роботи була другою за важливістю. Проте, якщо сформулювати запитання таким чином щоб було потрібно ранжувати наступні поняття у порядку важливості “родина”, “друзі”, “кар'єрне зростання”, “особистий професійний розвиток (незалежно від просування кар'єрною драбиною)”, високий(вище середньої по Україні) заробіток, то тут на першому місці виявиться родина, на останньому - кар'єрне зростання. Наступними за важливістю був особистий професійний розвиток

(незалежно від просування кар'єрною драбиною), друзі і найменш важливим респонденти вважали кар'єрне зростання. У наступному блоці питань ми перевіряли актуальність у сприйнятті респондента ряду понять для долі України: безпека (з огляду на виклик війни), економічне зростання, можливість кар'єрного росту для молоді, захист найбільш незахищених верств населення (пенсіонерів, людей з інвалідністю), захист мови та культури.

Найактуальнішим респонденти вважали війну, передостаннім за актуальністю - захист найбільш незахищених верств населення. Подібний розподіл відповідей підтверджує припущення, зроблені з аналізу попередніх запитань - у нашій групі переважають цінності виживання. Викликає здивування той факт, що малоактуальною названа тема захисту найбільш незахищених верств населення, адже працівники шахт, котрі проживають на цій території, нерідко отримують інвалідність і виплати, передбачені законодавством. Найбільша концентрація людей з інвалідністю є саме на територіях, на яких проводилось дослідження ("Право на державну соціальну допомогу", 2017). Бенефіціарами процесу вироблення і отримання статусу "людина з інвалідністю" є як самі люди з інвалідністю, так і медичні працівники, котрі безпосередньо задіяні у процес отримання відповідного статусу людям з інвалідністю. Тут можна висунути припущення, що виплати за інвалідністю сприймаються не як захист незахищених верств населення, а як невід'ємний привілей чи наслідок виходу на пенсію працівника шахти. Ще один цікавий феномен: попри розуміння того, що ключовою проблемою для країни є війна, найменш значущим респонденти назвали захист мови та культури. Імовірно, це викликано тим, що для Західної України, і зокрема тієї території, де проводилось дослідження, немає видимих(чи явних) загроз українській мові та культурі, а от поранені і загиблі вихідці з Західної України - річ цілком реальна і актуальна, окрім того, розуміння того, що Україна знаходиться у стані війни з Росією, у цій частині України мало піддається сумніву. Іншими словами, в регіоні, де проводилося опитування, екзистенційну загрозу становить війна (що резонує з цінностями виживання), тоді як питання національної мови і культури не тлумачаться в екзистенційному вимірі, тобто не респонденти експліцитно не вважають, «якщо не буде української мови – не буде й України», а тому культурні потреби резонують з цінностями самовираження. Це, звісно ж, є особливістю сприйняття та наявного соціального контексту: в умовах реальної загрози окупації Західної України військами РФ та перспективами насильницької русифікації регіону може відбутися зсув – і питання мови почнуть резонувати з цінностями виживання.

Аналізуючи наступний блок запитань, ми дійшли наступних висновків. Якщо робота приносить хороший заробіток, але не сприяє професійному розвитку, то змінювати її радше готові лише 15,53%, радше не готові 21,46%, а не змогли чітко відповісти 36,99%. З тезою про більшу важливість власної думки, над думкою більшості скоріше погодились 27,40% респондентів, тоді як, скоріше не погодились 18,72%. Зі спроможністю продукувати велику кількість ідей щодо роботи і готовності оточуючих прислухатися до цих ідей скоріше погодились 26,94%, тоді як скоріше не погодились 13,70%, що може слугувати про те, що особиста ініціатива працівників лікарні не

присікається оточуючими, а радше підтримується, що вчергове в нашому дослідженні підтверджує гіпотезу, що ключовою проблемою до змін(ініціатив, щодо змін) є не зовнішній спротив, а внутрішні(особисті) складнощі з ініціативою. Зворотні дані, до цієї гіпотези ми отримали аналізуючи відповіді на фактично зворотнє твердження “Я можу продукувати велику кількість ідей щодо роботи, але вони нікому не потрібні”: так, ті, хто згоден із цим твердженням, або радше згоден, ніж не згоден склали разом 38,36%, тоді як ті, хто радше не згоден, чи повністю не згоден із цим твердженням в сумі склали лише 21%.

Наступним етапом нашої роботи було перевірити, чи існує **кореляція віку респондентів із домінантними персональними цінностями**. Самі результати представлено у Таблицях 2 і 3, з якими можна ознайомитися в додатку.

За дизайном нашої дослідження, ми припускали, що вік респондентів корелює з вірогідністю поділяти певний набір ціннісних характеристик . Більше того, ми передбачали що зі зростанням віку збільшується вірогідність, що у ціннісній моделі респондентів переважатимуть цінності виживання.

Аналіз даних дав наступні результати.

Зі збільшенням віку, для респондента зменшується роль можливості впливати на прийняття рішень у закладі. Тобто вік, впливає на професійну поведінку таким чином, що вікові респонденти менше прагнуть персональної автономії та саморозвитку. Оскільки ці характеристики є приналежними до цінностей самовираження, ми приходимо до висновку, що поважніший вік дійсно позитивно корелює з превалюванням цінностей виживання.

Схожим чином, зі збільшенням віку, падає важливість персонального кар’єрного зростання, що співвідноситься з нашою теоретичною рамкою і короборує гіпотезу. Це можна пояснити тим, що питання стимулів професійного росту у працівників закладів охорони здоров’я, є спотвореним з двох причин. Перша - система післядипломної освіти є обов’язковою формальністю як для лікарів, так і для медичних сестер, успадкована ще з часів СРСР. Традиційно, медики проходять цю формальність не з метою отримання знань, а з метою отримати відповідний сертифікат. Так, поняття “персонального росту” у розумінні медиків може означати не фактичне отримання знань, а отримання сертифікату. Причина друга - персональний ріст, у контексті отримання знань не є вагомим стимулом до збільшення заробітної плати, оскільки система оплати у nereформованій системі охорони здоров’я базувалась на тарифній сітці і різниця у оплаті праці лікарів вищої і нижчої категорії коливалась в межах декількох сотень гривень.

Окремі результати аналізу суперечили нашим очікуванням. Так, коли ми запитали респондентів щодо важливості для країни на даний момент окремих процесів, а потім провели аналіз даних, то відслідкували наступний кореляційний зв’язок: зі збільшенням віку респонденти з більшою долею ймовірності вважатимуть, що захист найбільш незахищених верств населення є доволі важливим для країни. При чому, найсильніший кореляційний зв’язок між зростанням віку і цим варіантом відповіді, як

другим за значимістю. Такий результат суперечить нашій теоретичній рамці, оскільки захист найменш захищених верств населення - це ознака цінностей самовираження, котрі, зазвичай змінюються з віком у бік цінностей виживання. Імовірно, така суперечність пов'язана з тим, що самі респонденти старшого віку відчують власну незахищеність і сприймають запитання не стільки як співвласники бюджетних коштів (як казала британський прем'єр Маргарет Тетчер "Немає ніяких державних грошей, є тільки гроші платників податків"), а як громадяни, котрі незадоволені виконанням соціальних програм державою.

Також, зі збільшенням віку, зростає важливість власної думки. У цьому питанні, відтак, ми помітили цікаве протиріччя: вік позитивно корелює з цінностями самовираження, що протирічить попереднім даним і висновкам. Імовірно, це пов'язано з тим, що Методика Інглегарта має свої обмеження, зокрема, вона не враховує культурні особливості в межах досліджуваної групи, що є недоліком, який описується при порівнянні з теорією культурних вимірів Хофстеде. На Галичині є високий ступінь поваги до думки старшого покоління. Наслідком цієї культурної особливості може бути те, що для працівників закладів охорони здоров'я старших вікових груп є важливим, щоб до їхньої думки прислухались молодші колеги.

Аналізуючи відповіді на запитання "Що на Вашу думку сьогодні є найважливішим для країни" ми отримали наступні результати. Зі збільшенням віку, ймовірність того, що респондентам категорично все одно на економічне зростання країни зменшується, разом з тим, є загальна тенденція, що зі збільшенням віку респондентів, вони вважатимуть економічний розвиток країни не принципово важливий. Таку неоднозначність у результатах можна пояснити тим, що респонденти старших вікових груп усвідомлюють залежність економічного зростання для країни, проте не пов'язують цю спроможність із власним добробутом, з огляду на невідповідність обіцянок носіїв повноважень із фактичним їх виконанням.

У цьому ж запитанні ми побачили чітку кореляція між віком і цінностями виживання (безпека): зі збільшенням віку одним з найважливіших факторів для України респонденти вважали безпеку(війну). Зі збільшенням віку ймовірність того, що людина визначить захист мови та культури як доволі пріоритетний-зменшується. Разом з тим, з найбільшою вірогідністю захист мови та культури буде оцінюватись як посередньо пріоритетний. Це, знову ж підтверджує тезу, що зі збільшенням віку респондентів відбувається зміна від цінностей самовираження до цінностей виживання.

На наступному етапі дослідження, ми намагалися прослідкувати **зв'язок між виконуваною у закладі функцією** (незалежна змінна) і **ціннісними характеристиками респондентів** (залежна змінна). З цією метою, у програмі R studio ми розмістили виконувану у закладі функцію у порядку зростання по умовному рівню впливів на прийняття рішень у закладі від господарської функції (санітар, майстер, тощо), далі - медична сестра, наступний - лікар і, найвищий вплив мають прицівники, що виконують Адміністративну функція (керівник відділення/закладу, бухгалтер). Ми умовно назвали таку градацію "зростання по функції". З кодом ви можете ознайомитись у додатку.

Зі зростанням по функції найважливішим буде гарантія збереження сьогоденного місця роботи, що означає рух у бік цінностей виживання. Іншими словами, цей кореляційний зв'язок може означати, що працівники, що виконують адміністративну функцію, тобто, мають найбільший вплив на прийняття рішень у закладі охорони здоров'я, з більшою вірогідністю матимуть цінності виживання. Якщо ж подивитись на відповіді на запитання, щодо ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформи то побачимо, що і на запитання, щодо цілей медичної реформи і на запитання, щодо важливості у реформі, працівники, що виконували адміністративну функцію частіше обирали варіант відповіді, пов'язані із зростання заробітку працівників медичних закладів, що також підтверджує наші теоретичні очікування.

Ці результати варто інтерпретувати з високою долею тривоги: якщо врахувати факт, що реформа системи охорони здоров'я не супроводжується адекватним фінансуванням (потреба на програму державних фінансових гарантій на 2021 рік за даними Національної служби здоров'я України 225 мільярдів гривень, Верховна Рада України у державному бюджеті заклала 123,5 мільярди), то з високою долею ймовірності можна передбачити, що **працівники закладів охорони здоров'я, що виконують адміністративну функцію є опонентами реформи**. А оскільки їх вплив на прийняття рішень у закладі є найбільший, то ця кореляційна залежність може слугувати підтвердженням нашої гіпотези що *модернізація медичної сфери в Україні загальмувалася через відсутність одного з трьох необхідних компонентів, цінностей самовираження у одного з ключових стейкхолдерів системи - працівників закладів охорони здоров'я*. Звісно, до цих висновків не можна не додати той факт, що реформа загальмувалася і у зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі у період трансформації.

Аналізуючи кореляцію між іншими відповідями відповіді на запитання “Що для Вас найактуальніше на даний момент як для професіонала” а саме:

(1) “Гарантія збереження сьогоденного місця роботи”, (2) “Можливість змінити роботу на більш оплачувану, але далі від дому”, (3) “Можливість мати доступ до інформації щодо фінансової і адміністративної діяльності закладу”, (4) “Можливість впливати на прийняття рішень у Вашому закладі” ми отримали промовисті результати. Цікавим є кореляційний зв'язок між зростанням по функції і важливістю впливу на прийняття рішень зменшувалась. Здавалось би, саме зі зростанням по функції, тобто зі зростанням впливу на прийняття рішень у закладі, важливість цього самого впливу мала б зростати. Але, ми отримали зворотню ситуацію, коли працівники, що виконують адміністративну функцію не вважають для себе важливим впливати на прийняття рішень у закладі. Це відчуття «тренованої безсилості» (як його називав Роберт Мерстон) ми інтерпретуємо як рух у бік цінностей виживання. Вірогідно, фактично вплив на прийняття рішень у закладі має головний лікар і його заступники, інші ж працівники, що виконують адміністративну функцію - радше виконавці. Підтвердженням цього пояснення є те, що у невеликої частини респондентів, саме варіант “важливість впливу на прийняття рішень” був найважливішим. З іншого боку, така кореляційна залежність може означати, що працівники, що виконують адміністративну функцію, воліють не впливати на прийняття рішень, аби не брати на себе відповідальність за ці рішення.

Показово, що зі зростанням по функції респонденти вважали, що можуть продукувати велику кількість ідей, але, до їхніх ідей не прислуховуються. Цю кореляцію можна

пояснити наступним чином. Внутрішньоолікарняна культура впливу на прийняття рішень багато у чому залишилась дуже схожою на радянську адміністративно-командну модель, коли і ініціатором змін і носієм повноважень щодо змін є фактичний керівник закладу, або його найближче оточення. Модель, коли ініціаторами змін є працівники нижчих ієрархічних ланок - є доволі незвичною, про що і свідчать результати наших обрахунків. Тому, з високою долею ймовірності можна трактувати такі результати як те, що керівництво закладу не прислуховується до пропозицій підлеглих. Разом з тим, і керівники медичних закладів є ієрархічно нижчими за керівників відповідних департаментів і управлінь, чи депутатів місцевих, або Верховної Ради. З високою долею ймовірності можна передбачити, що пропозиції керівників медичних закладів не були підтримані носіями повноважень, до яких ті звертались. Проте, теж варто зазначити, що подібні звернення, переважно стосуються виділень коштів на заклад для погашення заборгованості по заробітній платі. Тому, складно назвати такі звернення "ідеями", це радше нагайні потреби, які, нерідко залишаються без уваги зі сторони носіїв повноважень різних рівнів. Разом з тим, це може свідчити і про те, що така відповідь на запитання є виправданням власній безініціативності, адже, навіщо пропонувати ідеї, якщо до них і так не прислухаються. Те, що нами зафіксована кореляція між зростанням по функції і саме цим варіантом, знову підтверджує нашу гіпотезу, що *модернізація медичної сфери в Україні загальмувалася через відсутність одного з трьох необхідних компонентів, цінностей самовираження у одного з ключових стейкхолдерів.*

Підтвердженням того, що зі зростанням по функції відбувається рух у бік цінностей виживання є кореляційний зв'язок між виконуваною функцією у закладі і відповіддю про найважливішу сферу життя респондента: у переважній більшості випадків нею виступає родина.

Шукаючи кореляційні зв'язки між виконуваною у закладі функцією і варіантом відповіді на запитання, щодо пріоритетності для країни захисту найбільш незахищених верств населення ми отримали найсуперечливіші результати. Зі зростанням по функції є прямий зв'язок з захистом незахищених верств населення, тобто, респонденти обирали цей варіант другим за важливістю, що може означати рух від цінностей виживання до цінностей самовираження. Разом з тим, нами зафіксовано обернений кореляційний зв'язок (найнижчий за значенням) між зростанням по функції і захистом незахищених верств населення, як третьою за важливістю відповіддю, з п'яти можливих. Тобто, чим вище по функції, тим нижча ймовірність, що цей варіант відповіді буде посередньо важливим. Тому, у цьому випадку, незважаючи на відслідкований кореляційний зв'язок нам складно однозначно трактувати рух у бік цінностей виживання, чи цінностей самовираження. Ще одна кореляційна залежність, а саме, зі зростанням по функції є прямий кореляційний зв'язок (найвищий за значенням, серед решти відслідкованих), що респондент обере варіант "захист незахищених верств населення" четвертим по пріоритетності. Ще одна кореляційна залежність показує, що зі зростанням по функції є обернений зв'язок, що респондент обере "захист незахищених верств населення" п'ятим (найменш пріоритетним) варіантом. Іншими словами, з високою долею ймовірності чим вищий вплив респондента на ухвалення

рішень у закладі, тим з вищою долею ймовірності він обере цей варіант відповіді як найменш важливий. Таким чином, це означає що зі зростанням по функції відбувається рух від цінностей виживання, до цінностей самовираження. Підсумовуючи кореляції між виконуваною функцією в закладі і відповідями на запитання “Що на Вашу думку сьогодні є найважливішим для країни?” бачимо, що кореляційні зв’язки між виконуваною у закладі функцією і варіантом відповіді “захист найбільш незахищених верств населення(пенсіонерів, людей з інвалідністю)” є неоднозначними, що не дає змогу однозначно констатувати рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання зі зростанням впливу на прийняття рішень.

Аналізуючи відповіді на запитання щодо важливості на даний момент особисто для респондента, серед варіантів відповіді

- (1) “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи”,
- (2) “можливість впливати на прийняття рішень на сьогоднішньому місці роботи”
- (3) “можливість професійного росту на сьогоднішньому місці роботи”
- (4) “можливість влаштувати дитину(родину) на достатньо(середня по місту) оплачувану посаду у себе в місті”
- (5) “можливість влаштувати дитину(родину) у великому місті, або за кордоном”

ми відслідкували обернений кореляційний зв’язок між зростанням по функції і варіантом відповіді “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи” другим за важливістю. З цього знову ж можна зробити припущення, що зі зростанням по функції відбувається рух від цінностей виживання, до цінностей самовираження. Обернений кореляційний зв’язок між зростанням по функції і обранням варіантом “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи” третім за важливістю, говорить нам про те, що оплата праці є пріоритетнішим варіантом відповіді, аніж ті, які б свідчили про цінності самовираження, що радше говорить про рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання.

Наступною зафіксованою кореляцією є обернений зв'язок між зростанням по функції і тим, що респондент обере варіант “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи” четвертим за важливістю. Тобто, зі збільшенням впливу на прийняття рішень, важливість оплати праці зростає, що вказує на рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Це твердження підтверджується і зворотнім кореляційним зв’язком(найнижчим за значенням) між зростанням по функції і варіантом відповіді “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи”, який респондент би вибрав найменш важливим. Іншими словами, що більший вплив на прийняття рішень у закладі, то важливішим буде оплата праці.

Підсумовуючи відслідковані кореляційні зв’язки між виконуваною у закладі функцією і відповідями на запитання щодо важливості для респондента наступних можливостей:

- (1) “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи”;
- (2) “можливість впливати на прийняття рішень на сьогоднішньому місці роботи”;
- (3) “можливість професійного росту на сьогоднішньому місці роботи”;
- (4) “можливість влаштувати дитину(родину) на достатньо(середня по місту) оплачувану посаду у себе в місті”;
- (5) “можливість влаштувати дитину(родину) у великому місті, або за кордоном”;

ми відслідкували декілька кореляційних зв'язків до варіанту відповіді “оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи”. Проаналізувавши силу кореляційного зв'язку бачимо, що найнижче значення ($-5.670911e+00$) було з вказанням цього варіанту відповіді п'ятим(останнім) за важливістю. Тому, з високою долею ймовірності можемо зробити припущення, що зі зростанням по функції відбувається рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Чим вище по функції, тим менша ймовірність (оберненопропорційний зв'язок), що респондент поставить оплату праці по важливості на останнє місце! Що свідчить про рух по функції від цінностей самовираження до цінностей виживання.

Аналізуючи відповіді на запитання, щодо важливості для країни, ми відслідкували промовисту регулярність. Зі зростанням по функції є обернений зв'язок, що респондент вважатиме найважливішим для країни варіант “економічне зростання” другим за важливістю ($-2.733914e+00$). Оскільки, економічне зростання, серед інших запропонованих варіантів відповіді (“безпека (війна)” “економічне зростання” “можливість кар'єрного росту для молоді” “захист найбільш незахищених верств населення(пенсіонерів, людей з інвалідністю)” “захист мови та культури”) є ознакою цінностей виживання, то отриманий результат може свідчити про те, зі зростанням по функції відбувається рух у напрямку від цінностей виживання до цінностей самовираження. Проте, цьому припущенню суперечить обернений кореляційний зв'язок між зростанням по функції і ймовірністю надати варіант відповіді “економічне зростання” четвертим за важливістю ($-2.193280e+00$).

Аналізуючи відповіді на запитання щодо важливості особисто для респондента, ми відслідкували такі кореляційні зв'язки. Зі зростанням по функції є обернений зв'язок, що респондент вважатиме важливим особисто для себе особистий професійний розвиток (незалежно від просування кар'єрною драбиною) $-2.767367e+00$. З цього можна зробити висновок, що зі зростанням по функції, відбувається рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання.

Зі зростанням по функції є обернений зв'язок, що респондент поставить важливість особистого професійний розвиток (незалежно від просування кар'єрною драбиною) ($-2.445188e+00$) на 4 місце, що не підтверджує, але і не заперечує попереднє припущення.

Зі зростанням по функції є прямий зв'язок, що респондент поставить важливим для країни захист мови та культури. Оскільки захист мови та культури є ознакою цінностей самовираження, то у цьому випадку відмічаємо що, зі зростанням по функції відбувається рух від цінностей виживання, до цінностей самовираження.

Висновки та дискусія

1. Є суттєва різниця у відповідях на запитання щодо цілей медичної реформи в залежності від виконуваної функції у закладі. При цьому, серед лікарів і медичних сестер був найвищий відсоток тих, котрі дали відповіді, пов'язані з користю для пацієнта («Зростання середньої тривалості життя громадян», «Зростання якості медичних послуг»), з чого можна припустити, що ці групи працівників закладу охорони здоров'я усвідомлюють пацієнтоцентричність

системи, або, іншими словами – працівники закладу охорони здоров'я, котрі безпосередньо працюють з пацієнтом, можуть відповідати саме так, оскільки відчувають персональну відповідальність за пацієнта. Оскільки пацієнтоцентричність є ознакою переважання цінностей самовираження над цінностями виживання, то наведений вище висновок начебто суперечить нашій гіпотезі, що стосується частини працівників закладів охорони здоров'я, а саме лікарів і медичних сестер, що медична реформа в Україні загальмувалась через відсутність одного з трьох компонентів, а саме цінностей самовираження.

Проте, можлива й інша інтерпретація чому спостерігається переважання відповідей, що свідчать про пацієнтоцентричність лікарів і пацієнтів: оскільки саме такі цілі були декларовані і у публічній комунікації медичної реформи, і під час навчання у медичних навчальних закладах, і під час офіційних зустрічей і нарад у межах закладів охорони здоров'я і поза ними, респонденти, можливо, у своїх відповідях проявляли конформність відносно того що Тімур Куран називає публічним дискурсом (Kuran, 1997). У такому випадку, це може слугувати опосередкованим свідченням на користь нашої гіпотези. Варто зазначити, що відповідно до публічної комунікації, медична допомога для пацієнтів має бути безоплатною, включаючи медикаменти і розхідні матеріали, разом з тим, за результатами загальнонаціонального дослідження, кожен третій пацієнт стаціонару скаржився на те, що був змушений давати неформальні платежі у закладі (Степурко і ін., с. 91). Про це не можна почути на офіційних заходах, що проводяться у закладі, чи поза його межами, тоді як між медичними працівниками можна почути вираз, що “медична допомога у нас безоплатна, а подяка безмежна”. Така ситуація має і об'єктивні причини - об'єм державних гарантій(державних обіцянок) не відповідає і ніколи не відповідав фактичному фінансуванню. Медицина фінансувалась і фінансується по залишковому принципу і заклади, навіть при всьому бажанні, не можуть забезпечити пацієнта усім необхідним. Низький рівень зарплат у галузі з одного боку легітимізує “по замовчуванню” право лікаря отримувати “подяки”, з іншого ж боку натякає пацієнту, що “лікуватись задарма - даремно лікуватись”. Проте, ситуація може докорінно змінитись, якщо привести фінансування галузі у відповідність до державних обіцянок. Наочним прикладом є трансформація первинної ланки надання медичної допомоги, де, після реформи, питання неформальних платежів не зазначено респондентами як проблему. Проте, порівнюючи реформу первинної ланки і реформу інших ланок надання медичної допомоги, зокрема стаціонарної допомоги, слід зазначити, що доля оплати праці медичних працівників у вартості послуги суттєво відрізняється. Тоді, як на первинці лівову частку (до 90%) послуги займає робота працівників закладу охорони здоров'я, і лише незначну частку медикаменти і розхідні матеріали, то у стаціонарній медичній допомозі пропорція може бути геть іншою, в залежності від складності лікування, аж до 90% на медикаменти і розхідні матеріали. Таким чином, працівники закладів

охорони здоров'я, що надають стаціонарні послуги поставлені державою у дуже незручне становище. Або скеровувати пацієнта у аптеку на закупівлю медикаментів і розхідних матеріалів, аби отримати достойну оплату праці. Або оплатити медикаменти і розхідні матеріали з бюджету лікарні, щоб вижити в умовах конкуренції за пацієнта і не наражатись на небезпеку переслідування з боку правоохоронних органів. Разом з тим, забезпечивши пацієнта усім необхідним для надання безоплатної послуги, заклад платитиме мінімальну заробітну платню працівникам, сподіваючись на те, що пацієнт “подяками” дофінансує медичного працівника.

2. Серед працівників, котрі виконували адміністративну функцію найбільше було тих, котрі вважали, що ціль реформи - зростання заробітку працівників медичних закладів. Це, на мою думку, можна пояснити тим, що ця категорія працівників відчуває персональну відповідальність за заклад, у адмініструванні якого вони задіяні і дилема пацієнт, чи працівник медичного закладу, стоїть для них найбільш гостро. Тому, з високою долею ймовірності можна допустити, що керівники медичних закладів, відповідаючи на запитання щодо цілей медичної реформи були більш щирими, за своїх колег лікарів, чи медичних сестер. Окрім того, варто зазначити, що працівники адміністративних підрозділів (напр. бухгалтери чи юристи) та працівники, що виконують технічну функцію, не мають змоги отримувати неформальні платежі від пацієнтів, що у свою чергу теж могло сприяти переважанню саме цього варіанту відповіді. Підтвердженням цього припущення може бути те, що найбільш поширеною відповіддю на запитання, щодо актуальності на даний момент є варіант “збереження сьогоденного місця роботи”, що можна трактувати, як збереження status quo, у якому держава далі обіцяє нереальні до виконання обіцянки, а працівники медичних закладів і пацієнти взаємодіють, як вдасться. Взявши до уваги кореляційні зв'язки між виконуваною у закладі функцією і ціннісними характеристиками працівників медичних закладів, можемо зробити висновок, що зі зростанням впливу на прийняття рішень від працівника, що виконує технічну функцію, через медичну сестру, лікаря і до працівника, що виконує адміністративну функцію, відбувається рух від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Що частково підтверджує нашу гіпотезу, про те, що медична реформа в Україні блокується через відсутність одного з трьох компонентів, а саме цінностей самовираження. Відкритим залишається питання, чи мова йде лише про працівників, що виконують адміністративну функцію, чи і про лікарів і медичних сестер також. Підтвердженням даного твердження може слугувати те, що майже половина респондентів загальної групи (48,40%) найактуальнішим для себе на сьогодні вважали гарантію збереження сьогоденного місця роботи, що є ознакою цінностей виживання.
3. Підтвердженням застережень, щодо того, що декларовані цілі медичної реформи можуть не відповідати реальним сподіванням, може слугувати однаковість респондентів, що виконують різні функції у закладі у питанні

що є ключовим у впровадженні медичної реформи, а саме «Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів». Разом з цим, це не заперечує висновків, зроблених у першому пункті, а може навіть і підтверджувати їх. Оскільки, і для забезпечення належної якості медичних послуг, що, у свою чергу впливає на тривалість життя, і для забезпечення зростання заробітку працівників медичних закладів, матеріально-технічне забезпечення закладів грає вирішальну роль. Мається на увазі і вартість пропонованих державою послуг, котра має бути не меншою, ніж собівартість надання цих послуг(нагадаю, що потреба на програму державних фінансових гарантій за даними Національної Служби Здоров'я України НСЗУ 225 мільярдів гривень, тоді як Верховна Рада України у державному бюджеті заклала лише 123,5 мільярди), і можливість закладу забезпечити капіталовкладення на закупівлю необхідного обладнання, щоб виконати вимоги, які держава(НСЗУ) виставляє для підписання контрактів на надання медичних послуг.

4. Незважаючи на те, що більшість респондентів скаржаться на недостачу інформації, щодо медичної реформи, більшість отримує її пасивно зі ЗМІ. Що є доволі парадоксальною ситуацією, оскільки відчуваючи недостачу у інформації можна було б очікувати активний її пошук. Знов таки, інертне налаштування до долі змін власної фахової сфери, може слугувати опосередкованим свідченням на користь нашої гіпотези, адже цінності виживання в своїх окремих проявах передбачають підлаштування під наявні обставини і використання того, що Джеймс Скотт називав «зброєю слабких», допоки не можна накопичити достатньо ресурсу для панування. Оскільки ця умова є недосяжною для більшості наших респондентів, вони надають перевагу очікувати і отримувати те, що повідомляється, а не вишукувати і проактивно впливати на процес.
5. Незважаючи на те, що у загальній групі респондентів переважають цінності виживання, очікування від медичної реформи у загальній групі респондентів є радше позитивними, що, з високою долею ймовірності може бути причиною ставлення до медичної реформи як віри у позитивні зміни, котрі, самі по собі настануть, і небажання брати відповідальність на себе. Таким чином годі було б сподіватись на те, що вчасно буде виконаний підготовчий етап медичної реформи, а саме обрахунок собівартості медичних послуг, розробка ефективних маршрутів пацієнтів, написання плану розвитку закладу в нових умовах фінансування. Оскільки це не було обов'язковою вимогою від держави, але, було би вкрай необхідним компонентом у підготовці медичного закладу до реформи, то єдина можливість, щоб підготовка до реформи відбулась - це ініціатива працівників закладів охорони здоров'я. Це теж підтверджує нашу гіпотезу, стосовно того, що реформа загальмувалась у зв'язку з переважанням цінностей виживання серед працівників медичних закладів.
6. Ми відслідкували кореляцію між зростанням віку респондентів і рухом від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Також

прослідковувалась кореляційна залежність зі зростанням впливу на прийняття рішень у закладі від цінностей самовираження, до цінностей виживання. Це підтверджує нашу гіпотезу, що реформа в Україні загальмувалась через переважання у працівників закладів охорони здоров'я цінностей виживання, особливо важливим є підтвердження кореляційних зв'язків між зростанням впливу на прийняття рішень у закладі і рухом до цінностей виживання. Іншими словами, у людей, що мають більший вплив на прийняття рішень переважають цінності виживання у порівнянні з тими, хто має менше впливів на прийняття рішень у закладі. Як наслідок, навіть якщо лікарі чи медичні сестри виступатимуть з ініціативою щодо змін, з високою долею імовірності ці зміни блокуватимуться на рівні керівництва.

7. Цей кейс є типовим для України, з огляду на ціннісні характеристики загальної групи респондентів і дослідження цінностей в Україні проведене 2020 року (Акуленко та ін., 2020, с. 92). Такий висновок ми зробили з огляду на те, що біля 80% респондентів загальнонаціонального дослідження були притаманні цінності виживання, як і більшості (68%) респондентів нашого дослідження. Зокрема, відповідаючи на запитання, щодо актуальності на даний момент, більшість працівників медичних закладів обирали варіанти відповідей “гарантія збереження сьогоdnішнього місця роботи” (48,40%), “можливість змінити роботу на більш оплачувану, але далі від дому” 20,09%, що свідчить про цінності виживання, тоді як відповідь, що стосувалась цінностей самовираження, а саме “можливість впливати на прийняття рішень у закладі” була зафіксована лише у 13,70% респондентів. Решту 16,44%, котрі відповіли, що для них найактуальнішим є “можливість мати доступ до інформації щодо фінансової і адміністративної діяльності закладу” ми трактуємо, як проміжну між цінностями виживання і самовираження (Табл. 4).

З огляду на це, наша гіпотеза, що *модернізація медичної сфери в Україні загальмувалась через відсутність одного з трьох необхідних компонентів, цінностей самовираження у одного з ключових стейкхолдерів, підтвердилась.*

Наслідки для політики:

1. Оскільки гіпотеза, щодо переважання цінностей виживання серед працівників закладів охорони здоров'я підтвердилась, то, імовірно саме це є причиною затримки реформування системи охорони здоров'я. Особливо суттєвим цей фактор буде по відношенню до працівників, що виконують адміністративну функцію. Передумовою для вирішення цієї проблеми може бути те, що розуміння цілей медичної реформи у лікарів і медичних сестер співпадають з цілями, які задекларовані в урядовій концепції медичної реформи, а саме пацієнтоцентричність системи, чи іншими словами - доступна і якісна медична допомога для пацієнтів. У той же час найважливішим для реалізації урядової реформи є матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, (або за умови пояснення того, де можна отримати матеріально-технічне забезпечення

- закладу) про що найчастіше говорили респонденти усіх категорій.
2. З огляду на те, що люди з цінностями виживання менше схильні до змін (до реформи у нашому випадку), то носіям повноважень слід шукати співпраці саме з працівниками закладів охорони здоров'я з ціннісними характеристиками самовираження. Із нашого дослідження ми відслідкували кореляцію між зниженням віку і рухом цінностей від виживання до самовираження. Іншими словами владі варто шукати точки співпраці із молодими працівниками закладів охорони здоров'я, незалежно від виконуваної ними функції, через тренінги, круглі столи, навчальні програми котрі залучатимуть саме молодші вікові категорії працівників.
 3. Респонденти надають перевагу отриманню інформації зі ЗМІ, тому носіям повноважень варто співпрацювати з засобами масової інформації задля донесення необхідної інформації до працівників медичних закладів.

Список використаних джерел:

Altman, D.& Flavin,P.& Radcliff, B. 2017. Democratic Institutions and Subjective Well-Being. *Political Studies*, 1–20 doi/10.1177/0032321716683203

Beugelsdijk, S., & Welzel, C. (2018). Dimensions and Dynamics of National Culture: Synthesizing Hofstede With Inglehart. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(10), 1469–1505. <https://doi.org/10.1177/0022022118798505>

Converse, P. E. (1962). Information Flow and the Stability of Partisan Attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 26(4), 578. <https://doi.org/10.1086/267129>

Goldstone, J. A. & Useem, B. 2012. Back into the Theory of Strategic Action Fields. *Sociological Theory* 30(1) 37–47. doi:10.1177/0735275112437161

Hofstede, G. H., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: software of the mind*. McGraw-Hill.

Inglehart, R., & Welzel, C. (2020). *World Values Survey Association*. WVS Database. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp?CMSID=Findings>.

Inglehart, R., & Welzel, C. (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy*. Cambridge University Press.

Kuran, T. *Private Truths, Public Lies: The Social Consequences of Preference Falsification*. - Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997

Rokeach's Personal Values Survey: What Makes You Tick? The World of Work Project. (2021, April 16). <https://worldofwork.io/2019/03/personal-values-rokeachs-values-survey/>.

The Australian National University. (2020, April 15). *Values: Schwartz theory of basic values*. ANU.

<https://i2s.anu.edu.au/resources/schwartz-theory-basic-values#:~:text=The%20ten%20broad%20personal%20values,or%20sensuous%20gratification%20for%20oneself.%E2%80%9D>.

Twigg, J. (2017) *Ukraine`s Health Sector Sustaining Momentum for Reform*. CSIS Global health policy center. Washington, DC.

Zaller, J. 1991. Information, Values, and Opinion. *The American Political Science Review*, 85(4), 1215-1237

Акуленко, Л., Балакірева, О., Волосевич, І., & Дмитрук, Д. (2020). *Світове дослідження цінностей 2020 в Україні*. Український центр європейської політики.

Грицак, Я. (2018, April 26). "Україна поволі рухається від цінностей виживання до самовираження", – історик Ярослав Грицак. Польсько-український портал. <https://cutt.ly/qbrAyCu>

Оцінка медичної сфери. Україна - Дослідження - Соціологічна група Рейтинг. (2020, September 3).

http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery.html?fbclid=IwAR3PPxPaEbaqCDmA-VwzmXAdEKEKLZ1LD-Ao76kb56mPKsgt4aQLUcGqLhM.

Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю. (2017) Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text>.

Тратить деньги на онкобольных нецелесообразно, они всё равно умрут, без вариантов! Онкологический портал Украины. (2018). <http://medicalline.info/news.php?readmore=767>.

Степурко Т., Семігіна Т., Барська Ю., Захожа В., Харченко Н. (2018). *Індекс здоров'я України–2018: Результати загальнонаціонального дослідження*. Academia.edu. <https://cutt.ly/dbtZ4SP>

Степурко Т., Семігіна Т., Барська Ю., Захожа В., Харченко Н. (2018). *Індекс здоров'я України–2019: Результати загальнонаціонального дослідження*. Academia.edu. <http://health-index.com.ua/>

112 Ukraine. (2020). *Ликвидация населения Украины - вот что значит медреформа Супрун*, - Тимошенко. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=zJeXVktZVyY&ab_channel=112%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D0%B8%D0%BD%D0%B0.

112 Ukraine. (2018). *Доктор-смерть должна быть уволена, - Ляшко о Супрун*. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=ERTix29fbh8&ab_channel=112%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D0%B8%D0%BD%D0%B0.

Додатки.

Додаток 1. Рисунки

Рис 1. Ціннісна мапа Інглегарта (Inglehart & Welzel, 2020).

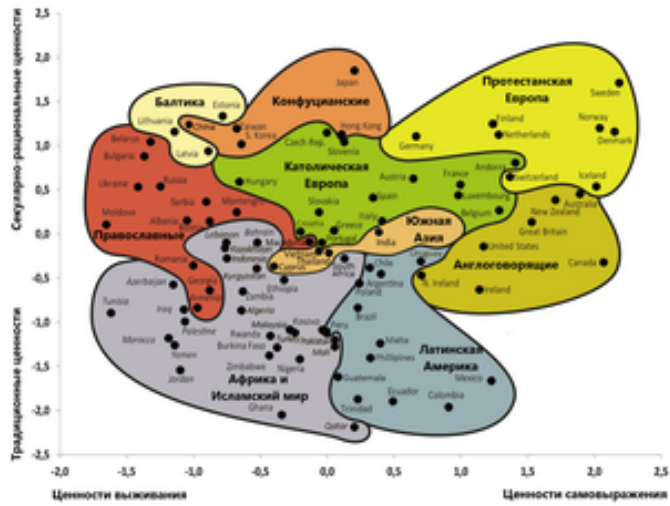
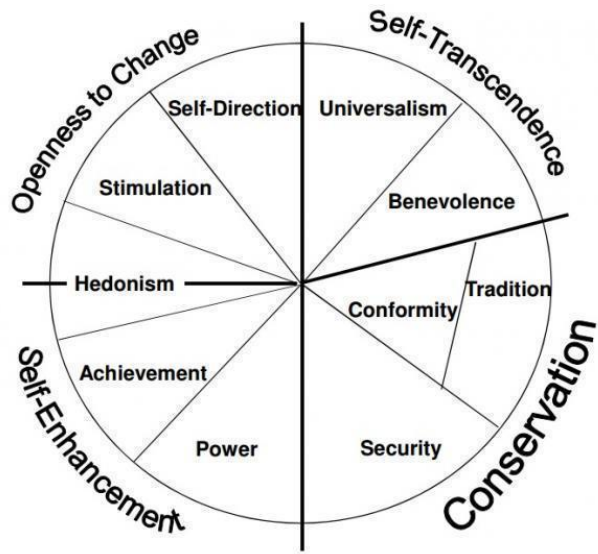


Рис 2. Ціннісна модель Шварца (The Australian National University, 2020).



Додаток 2. Таблиці
Таблиця 1.

Стать	Вік	Яку роботу виконувате у закладі?	Де Ви проживаєте	Що, на Вашу думку, мало би бути ціллю медичної реформи	Що, на Вашу думку, має бути ключовим у впровадженні медичної реформи	Говорять чи загалом, скажіть, будь ласка, наскільки Ви поінформовані про основні положення медичної реформи?	Чи достатньо, на Вашу думку, інформації про хід реформи у відкритому доступі та чи зрозуміла вона?	Звідки Ви отримаете(де Ви шукаєте) інформацію про медичну реформу?	Як на Вашу думку, чи наявна інформація сприяє змінам у системі охорони здоров'я?	Чи відбулись, на Вашу думку, зміни у системі охорони здоров'я, протягом 2018-2019 років?	Як реформа впливає на Вас як медика/працівника медичного закладу?	Як реформа впливає на Вас як пацієнта?	Що для Вас найактуальніше на даний момент для професіонала (виберіть одне з запропонованих)?	Чи брати участь (НЕ в якості претендента) у процедурі відбору головного лікаря?	Хто і як на Вашу думку мав би приймати рішення щодо оплати праці працівників і штату лікарів у Вашому закладі?
-------	-----	----------------------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--

Важливість : оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи	Важливість : можливість впливати на прийняття рішень на сьогоднішньому місці роботи	Важливість : можливість професійного росту на сьогоднішньому місці роботи	Важливість : можливість влаштувати дитину (у родинах) достатньо (середня по місту) оплачувану посаду у себе в місті	Важливість : можливість влаштувати дитину (у родинах) у великому місті, або за кордоном	Важливість : друзі	Важливість : кар'єрне зростання	Важливість : особистий професійний розвиток (незалежно від просування кар'єрною драбиною)	Важливість : високі зарплати	Важливість : безпека (війна)	Важливість : економічне зростання	Важливість : можливість пенсії	Важливість : можливість кар'єрного росту для молоді	Важливість : захист найбільш незахищених верств населення (пенсії, нерівності людей з інвалідністю)	Важливість : професійний розвиток, але є професійна мовителі культури	Якщо моя робота приносить хороший зарплаток, але не сприяє професійному розвитку, то я її зміню	Для мене є важливою думкою, а не думкою більшості	Я можу продукувати велику кількість ідей щодо роботи і до моїх ідей ухажують	Я можу продукувати велику кількість ідей щодо роботи, але вони нікому не потрібні
---	---	---	---	---	--------------------	---------------------------------	---	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---	---	---	---	---	--	---

Кореляція.

Таблиця 2. Вік із цінностями

Незалежною змінною є вік, залежною змінною є ціннісні характеристики респондентів.

1		Value	std. error	t value	p value
2	Priorities2	0.04723545	0.5816472	0.08120980	0.935
3	Priorities3	-1.3314396 5	0.7090931	-1.87766549	0.060
4	Priorities4	0.12429633	0.7390754	0.16817815	0.866
5	family.L	-0.4309180 2	1.6275132	-0.26477083	0.791
6	family.Q	-0.5585496 8	1.4889408	-0.37513224	0.708
7	family.C	-1.0158756 7	1.1918121	-0.85237908	0.394
8	family^4	1.19618446	1.1321954	1.05651768	0.291
9	decisions.L	-2.0077277 9	0.9143053	-2.19590525	0.028
10	decisions.Q	-0.2451228 6	0.7626367	-0.32141497	0.748
11	decisions.C	-1.1873432 1	0.7256277	-1.63629804	0.102
12	decisions^4	0.51967361	0.5819746	0.89294894	0.372
13	ideas_workplace.L	-0.2365289	0.5960465	-0.39682963	0.691

		1			
14	ideas_workplace.Q	-0.1642336 3	0.5934280	-0.27675410	0.782
15	ideas_workplace.C	0.75285864	0.5112925	1.47246184	0.141
16	ideas_workplace^4	0.30863162	0.4384632	0.70389396	0.481
17	vuln_populations.L	-13.448376 80	5.2143078	-2.57912983	0.010
18	vuln_populations.Q	10.9897765 7	4.4120100	2.49087750	0.013
19	vuln_populations.C	-6.2433490 4	2.6716134	-2.33692085	0.019
20	vuln_populations^4	1.93690423	1.1625554	1.66607483	0.096
21	salary.L	8.19853472	108.1112230	0.07583426	0.940
22	salary.Q	7.52184339	91.3738343	0.08231945	0.934
23	salary.C	2.83961797	54.0669562	0.05252040	0.958
24	salary^4	1.83835523	20.4515171	0.08988845	0.928
25	pers_growth.L	0.64236997	0.9402355	0.68320113	0.494
26	pers_growth.Q	-1.8514818 3	0.9154352	-2.02251550	0.043
27	pers_growth.C	1.76335980	0.6599258	2.67205783	0.008
28	pers_growth^4	-0.3177923	0.4613178	-0.68887954	0.491

		7			
29	ideas_pers.L	0.09420430	0.7552328	0.12473544	0.901
30	ideas_pers.Q	-0.9552032 1	0.6763614	-1.41226758	0.158
31	ideas_pers.C	-0.8381621 3	0.5286510	-1.58547355	0.113
32	ideas_pers^4	0.64772072	0.4328494	1.49641131	0.135
33	myopinion.L	2.94580205	0.8670309	3.39757455	0.001
34	myopinion.Q	1.06889995	0.7399790	1.44450031	0.149
35	myopinion.C	0.99745465	0.5620500	1.77467259	0.076
36	myopinion^4	0.47606621	0.4719731	1.00867238	0.313
37	econ_growth.L	0.94588618	0.9886924	0.95670421	0.339
38	econ_growth.Q	0.65805478	0.8507683	0.77348299	0.439
39	econ_growth.C	1.56639188	0.9039326	1.73286365	0.083
40	econ_growth^4	-1.7743869 7	0.5706716	-3.10929605	0.002
41	prof_devel.L	1.44810054	0.7970377	1.81685324	0.069
42	prof_devel.Q	0.63624743	0.7384451	0.86160426	0.389
43	prof_devel.C	-0.2570192 2	0.7244686	-0.35476930	0.723

44	prof_devel^4	-0.0651031 3	0.6490701	-0.10030215	0.920
45	security.L	2.89102736	1.1717053	2.46736741	0.014
46	security.Q	3.52823660	1.0948248	3.22264958	0.001
47	security.C	2.63337625	1.7038993	1.54549990	0.122
48	security^4	1.28049704	1.3574573	0.94330559	0.346
49	culture.L	-4.1842387 2	1.3437076	-3.11395035	0.002
50	culture.Q	3.53565094	1.2403013	2.85063864	0.004
51	culture.C	-1.9270674 6	0.8976389	-2.14681809	0.032
52	culture^4	-0.3610463 9	0.7099533	-0.50854947	0.611

Таблиця 3.

Незалежною змінною є виконувана у закладі функція залежною змінною є ціннісні характеристики респондентів.

1		Value	std. error	t value	p value
2	Priorities2	1.435787e+00	0.64508 40	2.22573 6e+00	0.026
3	Priorities3	2.077527e+00	0.77927 56	2.66597 2e+00	0.008
4	Priorities4	9.873347e-01	0.81951 88	1.20477 4e+00	0.228
5	family.L	-3.158975e+00	2.04236 56	-1.5467 24e+00	0.122
6	family.Q	-1.192582e+00	1.79761 96	-6.6342 31e-01	0.507
7	family.C	1.686583e+00	1.39042 36	1.21299 9e+00	0.225
8	family^4	3.356251e+00	1.15050 76	2.91719 1e+00	0.004
9	decisions.L	-2.838374e+00	0.97090 29	-2.9234 37e+00	0.003
10	decisions.Q	1.998411e+00	0.85153 11	2.34684 5e+00	0.019
11	decisions.C	2.192286e-01	0.79015 45	2.77450 3e-01	0.781
12	decisions^4	-5.237058e-01	0.64182 74	-8.1596 05e-01	0.415

13	ideas_workplace.L	2.233845e+00	0.63518 40	3.51684 8e+00	0.000
14	ideas_workplace.Q	1.298337e+00	0.57885 17	2.24295 3e+00	0.025
15	ideas_workplace.C	3.899029e-01	0.56661 91	6.88121 7e-01	0.491
16	ideas_workplace^4	1.290783e-01	0.48285 38	2.67323 9e-01	0.789
17	vuln_populations.L	1.012946e+01	0.55342 87	1.83031 0e+01	0.000
18	vuln_populations.Q	-9.208391e+00	0.50872 83	-1.8100 80e+01	0.000
19	vuln_populations.C	6.218217e+00	0.67220 24	9.25051 3e+00	0.000
20	vuln_populations^4	-2.388840e+00	0.63741 65	-3.7476 90e+00	0.000
21	salary.L	-1.288640e+01	0.70383 63	-1.8308 80e+01	0.000
22	salary.Q	-1.047946e+01	0.69677 59	-1.5039 92e+01	0.000
23	salary.C	-1.163569e+01	1.09542 21	-1.0622 10e+01	0.000
24	salary^4	-5.670911e+00	1.02569 87	-5.5288 27e+00	0.000
25	pers_growth.L	1.552482e-01	1.03642 32	1.49792 3e-01	0.881

26	pers_growth.Q	-1.739270e+00	1.04960 80	-1.6570 66e+00	0.098
27	pers_growth.C	-5.255966e-01	0.68856 31	-7.6332 39e-01	0.445
28	pers_growth^4	-3.075512e-01	0.51206 53	-6.0060 94e-01	0.548
29	ideas_pers.L	6.646736e-01	0.75403 45	8.81489 7e-01	0.378
30	ideas_pers.Q	1.217390e+00	0.67376 36	1.80685 0e+00	0.071
31	ideas_pers.C	-2.173056e-01	0.54038 69	-4.0212 97e-01	0.688
32	ideas_pers^4	-7.189791e-01	0.47843 98	-1.5027 58e+00	0.133
33	myopinion.L	-1.168276e+00	0.78271 36	-1.4925 97e+00	0.136
34	myopinion.Q	-3.329577e-01	0.70229 75	-4.7409 77e-01	0.635
35	myopinion.C	-3.826764e-01	0.58912 30	-6.4956 96e-01	0.516
36	myopinion^4	-5.540182e-01	0.49626 23	-1.1163 82e+00	0.264
37	econ_growth.L	-2.733914e+00	1.04616 45	-2.6132 73e+00	0.009
38	econ_growth.Q	3.320684e-04	0.86417 05	3.84262 6e-04	1.000

39	econ_growth.C	-2.193280e+00	0.91896 69	-2.3866 80e+00	0.017
40	econ_growth^4	-7.623526e-02	0.56074 55	-1.3595 34e-01	0.892
41	prof_devel.L	-2.767367e+00	0.87910 40	-3.1479 41e+00	0.002
42	prof_devel.Q	5.863054e-01	0.81056 57	7.23328 6e-01	0.469
43	prof_devel.C	-2.445188e+00	0.82955 20	-2.9476 01e+00	0.003
44	prof_devel^4	-1.039248e+00	0.72676 18	-1.4299 71e+00	0.153
45	security.L	-1.654493e+00	1.35900 31	-1.2174 31e+00	0.223
46	security.Q	-1.639505e+00	1.30622 59	-1.2551 47e+00	0.209
47	security.C	-1.817013e+00	1.97318 89	-9.2085 10e-01	0.357
48	security^4	1.177635e+00	1.61573 50	7.28854 1e-01	0.466
49	culture.L	-2.009752e+00	1.44865 97	-1.3873 18e+00	0.165
50	culture.Q	2.846928e+00	1.24677 59	2.28343 2e+00	0.022
51	culture.C	-1.323423e+00	0.90670 72	-1.4595 92e+00	0.144

52	culture⁴	1.028575e+00	0.73974 43	1.39044 7e+00	0.164
----	----------------------------	--------------	---------------	------------------	-------

Таблиця 4

<i>Що для Вас найактуальніше на даний момент як для професіонала (виберіть одне з запропонованого)</i>	Адміністративна функція (керівник відділення/закладу, бухгалтер)	Господарська функція (санітар, майстер, тощо)	Лікар	Медична сестра	Загальний результат
			0,91%	0,46%	1,37%
Гарантія збереження сьогоднішнього місця роботи	4,11%	5,48%	14,61%	24,20%	48,40%
Можливість впливати на прийняття рішень у Вашому закладі	1,37%	1,83%	3,65%	6,85%	13,70%
Можливість змінити роботу на більш оплачувану, але далі від дому	5,02%	2,28%	4,57%	8,22%	20,09%
Можливість мати доступ до інформації щодо фінансової і адміністративної діяльності закладу	0,46%	1,37%	3,65%	10,96%	16,44%
Загальний результат	10,96%	10,96%	27,40%	50,68%	100,00%

Додаток 3. Анкета.

Доброго дня!

Червоноградський місцевий центр з надання безоплатної вторинної правової допомоги і магістрант Київської Школи Економіки Олександр Ябчанка проводять соціологічне опитування з метою сприяти порозумінню між носіями владних повноважень і працівниками закладів охорони здоров'я.

Ми будемо дуже вдячні за ваші відповіді і наголошуємо, що анкети деперсоналізовані і використовуватимуться виключно в наукових цілях. Тобто будуть цілком конфіденційними і анонімними.

Наголошуємо на тому, що не існує правильних чи неправильних відповідей, тому просимо Вас, відповідаючи на питання керуватись виключно власною думкою.

1. Що, на Вашу думку, мало би бути ціллю медичної реформи
 1. Зростання середньої тривалості життя громадян
 2. Зростання заробітку працівників медичних закладів
 3. Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів
 4. Зростання якості медичних послуг
 5. Зростання фізичної доступності до медичної допомоги (лікарня недалеко від дому, лікар приходить додому, за найменшої потреби приїздить швидка)
2. Що, на Вашу думку, має бути ключовим у впровадженні медичної реформи
 1. Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів
 2. Матеріальне забезпечення медичних працівників
 3. Зміна стосунків у площині “держава-лікар-пацієнт”
 4. Достатня поінформованість працівників системи охорони здоров'я і пацієнтів про плани щодо впровадження медичної реформи
 5. Залучення працівників системи охорони здоров'я і пацієнтів до прийняття рішень щодо впровадження медичної реформи
3. Говорячи загалом, скажіть, будь ласка, наскільки Ви поінформовані про основні положення медичної реформи?
 1. Володію інформацією у повному обсязі
 2. Володію інформацією, яка мені цікава і стосується мене
 3. Малоінформативний/на
 4. Непоінформований/на

5. Ця інформація мене не цікавить

4. Чи достатньо, на вашу думку, інформації про хід реформи у відкритому доступі та чи зрозуміла вона?. (Мова йде про ЗМІ, інтернет ресурси у тому числі і офіційні сайти/сторінки носіїв повноважень усіх рівнів (МОЗ, Кабінет міністрів, органи місцевого самоврядування.)

1. Достатньо і вона зрозуміла
2. Достатньо, але не завжди зрозуміла
3. Недостатньо, але загалом зрозуміло
4. Недостатньо і не завжди зрозуміла
5. Складно відповісти

5. Звідки Ви отримаєте(де Ви шукаєте) інформацію про медичну реформу

1. ЗМІ
2. Офіційні сторінки МОЗу, Кабінету Міністрів, чи інших носіїв повноважень
3. Сторінки політиків (профільний міністр, прем'єр, депутати ВРУ)
4. Сторінки лідерів громадської думки
5. Усе наведене
6. Ніщо з наведеного (наведіть тут свій варіант _____)

6. Як на Вашу думку, чи наявна інформація сприяє змінам у системі охорони здоров'я?

1. Так, сприяє
2. Сприяє частково
3. Не має жодного впливу
4. Не сприяє, а навпаки перешкоджає
5. Важко відповісти

7. Чи відбулись, на Вашу думку, зміни у системі охорони здоров'я, протягом 2018-2019 років

1. Так, відбулись позитивні зміни
2. Так, відбулися негативні зміни

3. Так, відбулися, але не ключові
4. Ні, зміни не відбулися
5. Важко відповісти

8. Як реформа впливає на Вас як медика/працівника медичного закладу

1. Впливає позитивно
2. Впливає негативно
3. Не впливає жодним чином
4. Ще не вплинула, але маю негативні очікування
5. Ще не вплинула, але маю позитивні очікування

9. Як реформа впливає на Вас як пацієнта

1. Впливає позитивно
2. Впливає негативно
3. Не впливає жодним чином
4. Ще не вплинула, але маю негативні очікування
5. Ще не вплинула, але маю позитивні очікування

10. Що для Вас найактуальніше на даний момент як для професіонала (виберіть одне з запропонованого)

1. Гарантія збереження сьогоdnішнього місця роботи
2. Можливість змінити роботу на більш оплачувану, але далі від дому
3. Можливість мати доступ до інформації щодо фінансової і адміністративної діяльності закладу
4. Можливість впливати на прийняття рішень у Вашому закладі

11. Чи братимете участь(НЕ в якості претендента) у процедурі відбору головного лікаря

1. Так
2. Ні
3. Не знав/ла що є така можливість, але не прийматиму
4. Не знав/ла що є така можливість, тепер прийматиму
5. Не знав, що є така можливість, тепер подумаю

12. Хто і як на Вашу думку мав би приймати рішення щодо оплати праці працівників і штату лікарні у Вашому закладі

1. Головний лікар одноосібно, його для цього і призначили

2. Місцева рада
 3. Головний лікар, після консультацій з місцевою радою
 4. Головний лікар, після консультацій з працівниками закладу
 5. Такі рішення мають прийматись на загальних зборах усіх працівників лікарні
 6. Свій
варіант _____
-

13. Поставте ці можливості у порядку важливості для Вас на даний момент, де 1 - найважливіше, 5 - найменш значуще
- ___ оплата праці (зростання оплати) на сьогоднішньому місці роботи
 - ___ можливість впливати на прийняття рішень на сьогоднішньому місці роботи
 - ___ можливість професійного росту на сьогоднішньому місці роботи
 - ___ можливість влаштувати дитину(родину) на достатньо(середня по місту) оплачувану посаду у себе в місті
 - ___ можливість влаштувати дитину(родину) у великому місті, або за кордоном

14. Поставте ці поняття у порядку важливості для Вас на даний момент, де 1 - найважливіше, 5 - найменш значуще
- ___ родина
 - ___ друзі
 - ___ кар'єрне зростання
 - ___ особистий професійний розвиток (незалежно від просування кар'єрою драбиною)
 - ___ високий(вище середньої по Україні) зарібок

15. Що на Вашу думку сьогодні є найважливішим для країни, де 1 - найважливіше, 5 - найменш значуще:
- ___ безпека (війна)
 - ___ економічне зростання
 - ___ можливість кар'єрного росту для молоді
 - ___ захист найбільш незахищених верств населення(пенсіонерів, людей з інвалідністю)
 - ___ захист мови та культури

16. Вкажіть будь ласка, Ваше відношення для кожного з запропонованих тверджень

вiдзначивши наступним чином:

- 1 - повністю погоджуюсь
- 2 - радше погоджуюсь, ніж не погоджуюсь
- 3 - складно вiдповiсти
- 4 - скорiше не погоджуюсь, аніж погоджуюсь
- 5 - повністю не погоджуюсь

Якщо моя робота приносить хороший зарiбок, але не сприяє професійному розвитку, то я її змінюю	1	2	3	4	5
Для мене є важливим моя власна думка, а не думка бiльшості	1	2	3	4	5
Я можу продукувати велику кiлькiсть iдей щодо роботи і до моїх iдей прислухаються	1	2	3	4	5
Я можу продукувати велику кiлькiсть iдей щодо роботи, але вони нікому не потрібні	1	2	3	4	5

17. Статъ

___ ч
___ ж

18. Вiк

- 1. до 30
- 2. 31-40
- 3. 41 - 50
- 4. 51 і бiльше

19. Яку роботу виконуєте у закладі?

- 1. Лікар
- 2. Медична сестра
- 3. Адміністративна функція (керівник вiддiлення/закладу, бухгалтер)
- 4. Господарська функція (санітар, майстер, тощо)

20. Де Ви проживаєте

- 1. Місто

2. Село
3. Селище міського типу (СМТ), або мале місто

Щиро дякуємо Вам за відповіді!

Додаток 4. Код для обрахунків у програмі R studio.

```
library(readxl)
```

```
library(dplyr)
```

```
library(ggplot2)
```

```
library(survey)
```

```
library(tidyr)
```

```
likari_strata = data.frame(Job = c(56,363,151,521))
```

```
rownames(likari_strata) = c("Адміністративна функція", "Господарська функція", "Лікар", "Медична сестра")
```

```
#calculate response rate
```

```
response = likari_1_ %>%
```

```
group_by(Job) %>%  
dplyr::summarize(n = n()) %>%  
mutate(N =likari_strata$Job) %>%  
mutate(response_rate = n/N*100)
```

```
p <- ggplot(data=response, aes(x=Job, y=response_rate)) +  
  geom_bar(stat="identity", fill="turquoise", position=position_dodge()) + scale_fill_manual(values=c("yellow"))+  
  ggtitle("Кількість людей із генеральної сукупності, які потрапили у вибірку") +  
  xlab("Виконувана функція") + ylab("Розподіл")+  
  theme(  
    plot.title = element_text(color="black", size=14, face="bold.italic"),  
    axis.title.x = element_text(color="black", size=14, face="bold"),  
    axis.title.y = element_text(color="black", size=14, face="bold")  
  )+coord_flip()  
p
```

```
likari_pop = sum(likari_strata$Job)
```

```
likari_1_$likari_pop = likari_pop
```

```
likari_1_ = likari_1_ %>%
```

```
  mutate(Job = as.factor(Job)) %>%
```

```
  mutate(Job_n = as.numeric(Job))
```

```
likari.design <-
```

```
  svydesign(
```

```
    ids = ~NULL,
```

```
    data = likari_1_,
```

```
    fpc = ~likari_pop
```

```
  )
```

```
Job.margins = data.frame(Freq = c(410, 363, 151, 521), Job_n = c(1, 2, 3, 4))
```

```
likari.w.design <-
```

```

rake(likari.design,
     list(~Job_n),
     list(Job.margins))
likari_1_`Basics of reform`
Impact_w=svymean(~`Basics of reform`,design=likari.w.design,na.rm=TRUE)
Impact_work = data.frame(Impact_w)
likari_1_`Reform awareness`<- as.factor(likari_1_`Reform awareness`)
levels(likari_1_`Basics of reform`)
Impact_work$answer = rownames(Impact_work)
Impact_work = Impact_work %>%
  mutate(answer = substr(answer,13, nchar(answer))) %>%
  mutate(mean = mean*100)

confint(Impact_w)
Impact_work$ci_l = confint(Impact_w)[,1]*100
Impact_work$ci_u = confint(Impact_w)[,2]*100

```

```

ggplot(Impact_work, aes(x=reorder(answer,mean), y=mean))+
  ggtitle("Як реформа вплинула на медичних працівників") +
  xlab("варіанти відповідей") + ylab("довірчі інтервали")+
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
  geom_errorbar( aes(x=answer, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
  coord_flip()

```

```

Impakt_p=svymean(~`Influence of reform on patients`,design=likari.w.design,na.rm=TRUE)

```

```

# prepare data for visualisation

```

```

Impakt_pati = data.frame(Impakt_p)

```

```

#який % людей у генеральній сукупності відповідало так чи інакше на питання у цій колонці

```

```

Impakt_pati$answer = rownames(Impakt_pati)

```

```

Impakt_pati = Impakt_pati %>%

```

```

  mutate(answer = substr(answer,13, nchar(answer))) %>%

```

```
mutate(mean = mean*100)
```

```
#коли рахуватиму довірчі інтервали з'являться ліві букви і забрати це у 67 рядку, там де цифра 8
```

```
# get confidence interval отримання довірчих інтервалів
```

```
confint(Impakt_p)
```

```
Impakt_pati$ci_l = confint(Impact_w)[,1]*100
```

```
Impakt_pati$ci_u = confint(Impact_w)[,2]*100
```

```
#візуалізація довірчих інтервалів
```

```
ggplot(Impakt_pati, aes(x=reorder(answer,mean), y=mean))+
```

```
  ggtitle("Як вплинула реформа на вас як пацієнта") +
```

```
  xlab("варіанти відповідей") + ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=answer, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  coord_flip()
```



```
levels(likari_1_`Information impact on changes`) <- as.factor(likari_1_`Information impact on changes`)
```

```
Q =svyby(~ `Goal of reform`,by = ~ Age,
```

```
    design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
```

```
    FUN = svymean)
```

```
rownames(Q) = c("до 30","31-40","41 - 50","51 і більше")
```

```
ci = data.frame(confint(Q))
```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Age = row.names(Q)
```

```
head(Q)
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
  c("Age","Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів","Зростання заробітку працівників медичних  
закладів","Зростання середньої тривалості життя громадян","Зростання фізичної доступності до медичної  
допомоги","Зростання якості медичних послуг")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів":"Зростання якості медичних послуг",  
factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l","ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Що мало би бути цілю мед. реформи? Опитування вік. категорії 51+", subtitle = waiver()) +  
xlab("варіанти відповіді") +  
ylab("percent") +  
coord_flip() +  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#малюємо інтервали довіри для медсестри "nurse"
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "31-40")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier, average), y=average)) +
```

```
  geom_bar(stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar(aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Чи відбулися зміни унаслідок реформи? Опитування вік. категорії 31-40", subtitle = waiver()) +
```

```
  xlab("варіанти відповіді") +
```

```
  ylab("percent") +
```

```
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>% p.  
filter(Age == "41 - 50")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
ggtitle("Чи відбулися зміни унаслідок реформи? Опитування вік. категорії 41-50", subtitle = waiver())+  
xlab("варіанти відповіді")+  
ylab("percent")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```

filter(Age == "51 і більше")

ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
  ggtitle("Чи відбулися зміни унаслідок реформи? Опитування вік. категорії 51+", subtitle = waiver())+
  xlab("варіанти відповіді")+
  ylab("percent")+
  coord_flip()+
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))

#####

Q = svyby(~ `Goal of reform`,by = ~ Age,
         design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
         FUN = svymean)

rownames(Q) = c("до 30", "31-40", "41 - 50", "51 і більше")

ci = data.frame(confint(Q))

```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Age = row.names(Q)
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
  c("Age", "Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів", "Зростання заробітку працівників медичних  
  закладів", "Зростання середньої тривалості життя громадян", "Зростання фізичної доступності до медичної  
  допомоги", "Зростання якості медичних послуг")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Зниження витрат на медичну допомогу для пацієнтів": "Зростання якості медичних послуг",  
  factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age", "classifier", "average", "ci_l", "ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Що, на вашу думку, є ціллю реформи? Опитування вік. категорії 51+", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("опції відповідей")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "nurse")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Що, на вашу думку, є ціллю реформи? Опитування медсестер", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("опції відповідей")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "administration")
```



```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Що, на вашу думку, є ціллю реформи? Опитування працівників, які виконували адмін. функцію", subtitle = waiver())+  
  xlab("опції відповідей")+  
  ylab("довірчі інтервали")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Work == "economic")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```

geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
ggtitle("Що, на вашу думку, є ціллю реформи? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+
xlab("опції відповідей")+
ylab("довірчі інтервали")+
coord_flip()+
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
#####
Q = svyby(~ `Basics of reform`, by = ~ Age,
         design=likari.w.design, na.rm=TRUE,
         FUN = svymeans)
rownames(Q) = c("до 30", "31-40", "41 - 50", "51 і більше")

ci = data.frame(confint(Q))
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
Q = Q[,1:6]
Q$Age = row.names(Q)

```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
c("Age", "Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів", "Зміна стосунків у площині  
“держава-лікар-пацієнт””, "Достатня поінформованість працівників системи охорони здоров`я і пацієнтів про  
реформу", "Матеріальне забезпечення медичних працівників", "Залучення працівників системи охорони здоров`я і пацієнтів до  
прийняття рішень щодо впровадження медичної реформи")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів": "Залучення працівників системи  
охорони здоров`я і пацієнтів до прийняття рішень щодо впровадження медичної реформи", factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age", "classifier", "average", "ci_l", "ci_u")
```

#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування вік. категорії 51+", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповідей")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "nurse")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування медсестер", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповідей")+  
  ylab("довірчі інтервали")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Work == "administration")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування керівників", subtitle = waiver())+  
xlab("опції відповідей")+  
ylab("довірчі інтервали")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Work == "economic")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+  
  xlab("опції відповідей")+
```

```

ylab("довірчі інтервали")+
coord_flip()+
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))

likari_1_$Age <- as.factor(likari_1_$Age)
likari_1_`Basics of reform` <- as.factor(likari_1_`Basics of reform`)

#за віковими категоріями
library(viridis)
library(survey)
library(dplyr)
levels(likari_1_$Age)

Q = svyby(~ `Basics of reform`, by = ~ Age,
         design=likari.w.design, na.rm=TRUE,
         FUN = svymeans)
rownames(Q) = c("31-40", "41 - 50", "51 і більше", "до 30")

```

```
ci = data.frame(confint(Q))

#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
Q = Q[,1:6]

Q$Age = row.names(Q)

#даємо назви колонкам
colnames(Q) =

  c("Age", "Поінформованість щодо реформи", "Залучення працівників до прийняття рішень", "Зміна стосунків у площині
лікар-пацієнт", "Матеріально-технічне забезпечення працівників", "Матеріально-технічне забезпечення закладів")

Q <- gather(Q, classifier, average, "Поінформованість щодо реформи":"Матеріально-технічне забезпечення закладів",
factor_key=TRUE)

Q$average = Q$average*100

colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")

#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```



```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "41 - 50")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування вікової категорії 41-50 років", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповідей")+
```

```
  ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "31-40")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування вікової категорії 31-40 років", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповідей")+  
  ylab("percent")+  
  coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "до 30")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування вікової категорії до 30 років", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповідей")+
```

```
  ylab("percent")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "51 і більше")  
  
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування вікової категорії 51+ років", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповідей")+  
  ylab("percent")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
### goal of reform
```

```
Q = svyby(~ `Goal of reform`, by = ~ Age,
```

```
    design=likari.w.design, na.rm=TRUE,
```

```
    FUN = svymean)
```

```
rownames(Q) = c("31-40", "41 - 50", "51 і більше", "до 30")
```

```
ci = data.frame(confint(Q))
```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Age = row.names(Q)
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
  c("Age", "Поінформованість щодо реформи", "Залучення працівників до прийняття рішень", "Зміна стосунків у площині  
лікар-пацієнт", "Матеріально-технічне забезпечення працівників", "Матеріально-технічне забезпечення закладів")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Поінформованість щодо реформи":"Матеріально-технічне забезпечення закладів",  
factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l","ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "41 - 50")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  ggtitle("Що є метою реформи? Опитування вікової категорії 41-50 років", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповідей")+  
  ylab("percent")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "31-40")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Що є метою реформи? Опитування вікової категорії 31-40 років", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповідей")+
```

```
ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "до 30")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```



```
ggtitle("Що є метою реформи? Опитування вікової категорії до 30 років", subtitle = waiver())+  
xlab("варіанти відповідей")+  
ylab("percent")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Що є метою реформи? Опитування вікової категорії 51+ років", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповідей")+
```

```
ylab("percent")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
##### infl. of reform on patients
```

```
Q = svyby(~ `Influence of reform on patients`, by = ~ Age,  
         design=likari.w.design, na.rm=TRUE,  
         FUN = svymean)  
rownames(Q) = c("31-40", "41 - 50", "51 і більше", "до 30")
```

```
ci = data.frame(confint(Q))
```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Job = row.names(Q)
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
c("Work", "Негативно", "Позитивно", "Не вплинула", "Поки не вплинула, але маю позивні очікування", "Поки не вплинула, але маю негативні очікування")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Негативно":"Поки не вплинула, але маю негативні очікування", factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Work", "classifier", "average", "ci_l", "ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
filter(Age == "31-40")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування вікової категорії 31-40", subtitle = waiver()+
```

```
xlab("варіанти відповіді")+
```

```
ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#малюємо інтервали довіри для медсестри "nurse"
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
filter(Age == "41 - 50")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування вікової категорії 41-50", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповіді")+
```

```
ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування вікової категорії 51+", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповіді")+
```

```
ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "до 30")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування вікової категорії до 30", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповіді")+  
  ylab("percent")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#####infl. on practitioners by age
```

```
Q = svyby(~ `Influence of reform on practitioners`,by = ~ Age,
```

```
    design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
```

```
    FUN = svymean)
```

```
rownames(Q) = c("31-40", "41 - 50", "51 і більше", "до 30")
```

```
ci = data.frame(confint(Q))
```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Age = row.names(Q)
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
  c("Age", "Негативно", "Позитивно", "Не вплинула", "Поки не вплинула, але маю позивні очікування", "Поки не вплинула, але маю негативні очікування")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "Негативно": "Поки не вплинула, але маю негативні очікування", factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l","ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Age","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "31-40")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```



```
geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як на мед.працівника? Опитування вікової категорії 31-40", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповіді")+
```

```
ylab("percent")+
```

```
coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#малюємо інтервали довіри для медсестри "nurse"
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Age == "41 - 50")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як мед. працівника? Опитування вікової категорії 41-50", subtitle = waiver())+
```

```
xlab("варіанти відповіді")+
```

```
ylab("percent")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "51 і більше")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як мед. працівника? Опитування вікової категорії 51+", subtitle = waiver())+  
xlab("варіанти відповіді")+  
ylab("percent")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Age == "до 30")  
  
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  
  ggtitle("Як реформа вплинула на вас як мед. працівника? Опитування вікової категорії до 30", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповіді")+  
  ylab("percent")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#####наскільки поінформовані
```

```

Q = svyby(~`Information sources`,by = ~ Job,
          design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
          FUN = svymean)
rownames(Q) = c("administration","economic","doctor","nurse")

ci = data.frame(confint(Q))

#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
Q = Q[,1:6]
Q$Job = row.names(Q)

#даємо назви колонкам
colnames(Q) =
  c("Job","Складно відповісти","Недостатньо, але загалом зрозуміло","Недостатньо і не завжди зрозуміла","Достатньо і вона
  зрозуміла","Достатньо, але не завжди зрозуміла")

Q <- gather(Q, classifier, average, "Складно відповісти":"Достатньо, але не завжди зрозуміла", factor_key=TRUE)

Q$average = Q$average*100

```

```
colnames(ci) = c("ci_l","ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Job","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Job == "economic")
```

```
table(likari_1_`Reform awareness`,likari_1_`Job`)
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Чи достатньо інформації щодо реформи? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповідей")+
```

```
ylab("довірчі інтервали")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
likari_1_`Information sources` <- as.factor(likari_1_`Information sources`)
```

```
levels(likari_1_`Information sources`)
```

```
Q = svyby(~`Information sources`,by = ~ Job,
```

```
    design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
```

```
    FUN = svymean)
```

```
rownames(Q) = c("administration","economic","doctor","nurse")
```

```
ci = data.frame(confint(Q))
```

```
#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
```

```
Q = Q[,1:6]
```

```
Q$Job = row.names(Q)
```

```
likari_1_`Information sources` <- filter(likari_1_`Information sources`=="від колег по роботі","ЗМІ","Офіційні сторінки МОЗу,  
Кабінету Міністрів, чи інших носіїв повноважень","Сторінки політиків (профільний міністр, прем'єр, депутати ВРУ)")
```

```
#даємо назви колонкам
```

```
colnames(Q) =
```

```
  c("Job", "від колег по роботі", "ЗМІ", "Офіційні сторінки МОЗу, Кабінету Міністрів, чи інших носіїв повноважень", "Сторінки політиків (профільний міністр, прем'єр, депутати ВРУ)")
```

```
Q <- gather(Q, classifier, average, "від колег по роботі": "Сторінки політиків (профільний міністр, прем'єр, депутати ВРУ)", factor_key=TRUE)
```

```
Q$average = Q$average*100
```

```
colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")
```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Job", "classifier", "average", "ci_l", "ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Job == "economic")
```

```
table(likari_1_`Reform awareness`, likari_1_`Job`)
```

```

ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
  ggtitle("Чи достатньо інформації щодо реформи? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+
  xlab("варіанти відповідей")+
  ylab("довірчі інтервали")+
  coord_flip()+
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))

```

```
summary(likari_1_$Job)
```

```
#####
```

```

Q = svyby(~ `Changes in healthcare system`, by=~Job
  design=likari.w.design, na.rm=TRUE,

```



```

FUN = svymean)

rownames(Q) = c("administration", "economic", "doctor", "nurse")

ci = data.frame(confint(Q))

#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки

Q = Q[,1:6]

Q$Job = row.names(Q)

#даємо назви колонкам

colnames(Q) =

  c("Work", "Поінформованість щодо реформи", "Залучення працівників до прийняття рішень", "Зміна стосунків у площині
лікар-пацієнт", "Матеріально-технічне забезпечення працівників", "Матеріально-технічне забезпечення закладів")

Q <- gather(Q, classifier, average, "Поінформованість щодо реформи": "Матеріально-технічне забезпечення закладів",
factor_key=TRUE)

Q$average = Q$average*100

colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")

```

```
#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри
```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Work","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "doctor")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування лікарів", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповідей")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Work == "nurse")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування медсестер", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповідей")+  
  ylab("довірчі інтервали")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "administration")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування керівників", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("опції відповідей")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "economic")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Що є головним у реформі? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+  
  xlab("опції відповідей")+  
  ylab("довірчі інтервали")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#####
```

```
Q = svyby(~`Information impact on changes`,by = ~ Job,  
          design=likari.w.design,na.rm=TRUE,
```

```

FUN = svymean)
rownames(Q) = c("administration", "economic", "doctor", "nurse")

ci = data.frame(confint(Q))

#вирізаємо з 1 по 6 колонку, після 6 не потрібно, бо це стандартні похибки
Q = Q[,1:6]
Q$Job = row.names(Q)

#даємо назви колонкам
colnames(Q) =
  c("Job", "Сприяє частково", "Так, сприяє", "Важко відповісти", "Не сприяє, а навпаки перешкоджає", "Не має жодного впливу")

Q <- gather(Q, classifier, average, "Сприяє частково":"Не має жодного впливу", factor_key=TRUE)
Q$average = Q$average*100
colnames(ci) = c("ci_l", "ci_u")

#окрім середнього значення додаємо інтервали довіри

```

```
Q$ci_l = ci$ci_l*100
```

```
Q$ci_u = ci$ci_u*100
```

```
colnames(Q) = c("Job","classifier","average","ci_l","ci_u")
```

```
#малюємо інтервали довіри для лікаря. У таблиці Q_1 є середні показники відповідей для лікаря а також інтервали довіри
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Q$Job == "nurse")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Чи сприяє наявна інформація про реформу змінам? Опитування медсестер", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповіді")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#малюємо інтервали довіри для медсестри "nurse"
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "nurse")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +
```

```
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +
```

```
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
  ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування медсестер", subtitle = waiver())+
```

```
  xlab("варіанти відповіді")+
```

```
  ylab("довірчі інтервали")+
```

```
  coord_flip()+
```

```
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%
```

```
  filter(Work == "administration")
```



```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +  
  ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування керівників", subtitle = waiver())+  
  xlab("варіанти відповіді")+  
  ylab("довірчі інтервали")+  
  coord_flip()+  
  guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
Q_1 = Q %>%  
  filter(Work == "economic")
```

```
ggplot(Q_1, aes(x=reorder(classifier,average), y=average)) +  
  geom_bar( stat="identity", fill="skyblue", alpha=0.5) +  
  geom_errorbar( aes(x=classifier, ymin=ci_l, ymax=ci_u), width=0.4, colour="orange", alpha=0.9, size=1.3) +
```

```
ggtitle("Як реформа вплинула на вас як пацієнта(-ку)? Опитування тех. працівників", subtitle = waiver())+  
xlab("варіанти відповіді")+  
ylab("довірчі інтервали")+  
coord_flip()+  
guides(fill = guide_legend(reverse = TRUE))
```

```
#probabilistic odds
```

```
library(psych)
```

```
library(ltm)
```

```
library(mirt)
```

```
library(AER)
```

```
library(tidyverse)
```

```
library(tibble)
```

```
library(psych)
```

```
library(GGally)
```

```
library(kableExtra)
```

```
library(MVN)
```

```
library(tidyr)
```

```
library(rockchalk)
```

```
#transform values variables
```

```
#workplace goals
```

```
likari_1_$salary <- as.factor(likari_1_$`Importance of high salary`)
```

```
likari_1_$decisions <- as.factor(likari_1_$`Importance of decision-making capacity`)
```

```
likari_1_$prof_devel <- as.factor(likari_1_$`Importance of professional development`)
```

```
likari_1_$career_growth <- as.factor(likari_1_$`Importance of career growth`)
```

```
likari_1_$ideas_workplace <- as.factor(likari_1_$`I generate many ideas at workplace but nobody cares`)
```

```
likari_1_$alternativecareer_ifnopersgrowth <- as.factor(likari_1_$`I pursue other opportunities if well-paid job does not promote personal growth`)
```

```
likari_1_$salary <- ordered(likari_1_$`Importance of high salary`)
```

```

likari_1_$decisions <- ordered(likari_1_`Importance of decision-making capacity`)
likari_1_$prof_devel <- ordered(likari_1_`Importance of professional development`)
likari_1_$career_growth <- ordered(likari_1_`Importance of career growth`)
likari_1_$ideas_workplace <- ordered(likari_1_`I generate many ideas at workplace but nobody cares`)
likari_1_$alternativecareer_ifnopersgrowth <- ordered(likari_1_`I pursue other opportunities if well-paid job does not promote personal growth`)

#family
likari_1_$family <- as.factor(likari_1_`Importance of family`)
likari_1_$friends<- as.factor(likari_1_`Importance of friends`)
likari_1_$kids_incity<- as.factor(likari_1_`Importance of securing the future of kids in my city`)
likari_1_$kids_otscity<- as.factor(likari_1_`Importance of securing the future of kids outside my city`)
likari_1_$family <- ordered(likari_1_`Importance of family`)
likari_1_$friends<- ordered(likari_1_`Importance of friends`)
likari_1_$kids_incity<- ordered(likari_1_`Importance of securing the future of kids in my city`)
likari_1_$kids_otscity<- ordered(likari_1_`Importance of securing the future of kids outside my city`)

#self-realization
likari_1_$pers_growth <- as.factor(likari_1_`Importance of personal growth`)
likari_1_$myopinion<- as.factor(likari_1_`My own opinion is most important to me`)

```

```

likari_1_$ideas_pers<- as.factor(likari_1_$`I generate a lot of ideas`)
likari_1_$pers_growth <- ordered(likari_1_$`Importance of personal growth`)
likari_1_$myopinion<- ordered(likari_1_$`My own opinion is most important to me`)
likari_1_$ideas_pers<- ordered(likari_1_$`I generate a lot of ideas`)
#economy and security + state/govnt performance
likari_1_$econ_growth <- as.factor(likari_1_$`Importance: economic growth`)
likari_1_$vuln_populations<- as.factor(likari_1_$`Importance of securing vulnerable populations`)
likari_1_$culture<- as.factor(likari_1_$`Importance of protecting culture`)
likari_1_$security<- as.factor(likari_1_$`Importance: security`)
likari_1_$econ_growth <- ordered(likari_1_$`Importance: economic growth`)
likari_1_$vuln_populations<- ordered(likari_1_$`Importance of securing vulnerable populations`)
likari_1_$culture<- ordered(likari_1_$`Importance of protecting culture`)
likari_1_$security<- ordered(likari_1_$`Importance: security`)
#####

levels(likari_1_$Priorities)

```

```

likari_1_$Priorities<- as.factor(likari_1_$Priorities)

likari_1_$Age <- combineLevels(likari_1_$Age, levs = c("4"), newLabel = "3")

likari_1_$Age <- ordered(likari_1_$Age,levels = c("до 30","31-40","41 - 50","51 і більше"))

likari_1_$family <- ordered(likari_1_$family,levels = c("3","1","2","4","5"))

#prepare and group data for lm model

#transform independent var

likari_1_$Age<- as.factor(likari_1_$Age)

likari_1_$Priorities <- ordered(likari_1_$Priorities,levels = c("Можливість мати доступ до інформації щодо фінансової і адміністративної діяльності закладу","Гарантія збереження сьогоднішнього місця роботи","Можливість змінити роботу на більш оплачувану, але далі від дому","Можливість впливати на прийняття рішень у Вашому закладі"))

levels(likari_1_$Age)

likari_1_$Age<- as.numeric(likari_1_$Age)

summary(likari_1_$Age)

likari_1_$Job<- as.factor(likari_1_$Job)

likari_1_$Job<- ordered(likari_1_$Job)

levels(likari_1_$Job)

likari_1_$Job <- ordered(likari_1_$Job,levels = c("Господарська функція (санітар, майстер, тощо)","Медична сестра","Лікар","Адміністративна функція (керівник відділення/закладу, бухгалтер)"))

```

```
likari_1_$Job<- as.numeric(likari_1_$Job)
```

```
#1-city, 0- other
```

```
likari_1_$Location<- as.factor(likari_1_$Location)
```

```
levels(likari_1_$Location)
```

```
likari_1_$Location<- as.numeric(likari_1_$Location)
```

```
likari_1_$Location <- combineLevels(likari_1_$Location, levs = c("2","3"), newLabel = "0")
```

```
#olr models
```

```
#career
```

```
library(MASS)
```

```
model_fit <- polr(Job~prof_devel+ideas_workplace+alternativecareer_ifnopersgrowth,data = career, Hess = TRUE)
```

```
summary(model_fit)
```

```
summary_table <- coef(summary(model_fit))
```

```
pval <- pnorm(abs(summary_table[, "z value"]),lower.tail = FALSE)* 2
```

```
summary_table <- cbind(summary_table, "p value" = round(pval,3))
```

```

summary_table
#family
head(family)
model_fit2 <- polr(Job~family+friends+kids_incity+kids_otscity,data = family, Hess = TRUE)
summary(model_fit2)
summary_table2 <- coef(summary(model_fit2))
pval <- pnorm(abs(summary_table2[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2
summary_table2 <- cbind(summary_table, "p value" = round(pval,3))
summary_table2
#self-realization
head(self_realiz)
model_fit3 <- polr(Job~pers_growth+myopinion+ideas_pers,data = self_realiz, Hess = TRUE)
summary(model_fit3)
summary_table3 <- coef(summary(model_fit3))
pval <- pnorm(abs(summary_table3[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2
summary_table3 <- cbind(summary_table3, "p value" = round(pval,3))
summary_table3

```



```

#economy and security + state/govnt performance
head(state)

model_fit4 <- polr(Job~econ_growth+vuln_populations+culture+security,data = state, Hess = TRUE)

summary(model_fit4)

summary_table4 <- coef(summary(model_fit4))

pval <- pnorm(abs(summary_table4[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2

summary_table4 <- cbind(summary_table4, "p value" = round(pval,3))

summary_table4

#all

model_fit5 <-
polr(Job~econ_growth+vuln_populations+culture+security+pers_growth+myopinion+ideas_pers+family+salary+prof_devel+ideas_work
place,data = data2, Hess = TRUE)

summary(model_fit5)

summary_table5 <- coef(summary(model_fit5))

pval <- pnorm(abs(summary_table5[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2

summary_table5 <- cbind(summary_table5, "p value" = round(pval,3))

summary_table5

```

```
likari_1_$goal_ref <- as.factor(likari_1_`Goal of reform`)
```

```
levels(likari_1_$Age)
```

```
data2 %>% filter(!is.na(Age))
```

```
data2 <- likari_1_[c(2,3,14,36:52)]
```

```
model_fit7 <-
```

```
polr(Age~Priorities+family+decisions+ideas_workplace+vuln_populations+salary+pers_growth+ideas_pers+myopinion+econ_growth+p  
rof_devel+security+culture,data = data2, Hess = TRUE)
```

```
summary(model_fit7)
```

```
summary_table7 <- coef(summary(model_fit7))
```

```
pval <- pnorm(abs(summary_table7[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2
```

```
summary_table7 <- cbind(summary_table7, "p value" = round(pval,3))
```

```
summary_table7
```

```

likari_1_`Goal of reform` <- as.factor(likari_1_`Goal of reform`)
levels(likari_1_`Goal of reform`)
summary(likari_1_`Goal of reform`)

data2$Age <- as.factor(data2$Age)

model_fit4 <-
polr(Job~Priorities+family+decisions+ideas_workplace+vuln_populations+salary+pers_growth+ideas_pers+myopinion+econ_growth+p
rof_devel+security+culture,data = data2, Hess = TRUE)

summary_table4 <- coef(summary(model_fit4))

pval <- pnorm(abs(summary_table4[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2

summary_table4 <- cbind(summary_table4, "p value" = round(pval,3))

summary_table4

table(data2$family)

model_fit10 <-
polr(Priorities~Job+family+decisions+ideas_workplace+vuln_populations+salary+pers_growth+ideas_pers+myopinion+econ_growth+p
rof_devel+security+culture,data = data2, Hess = TRUE)

summary_table10 <- coef(summary(model_fit10))

```

```
pval <- pnorm(abs(summary_table10[, "t value"]),lower.tail = FALSE)* 2
summary_table10 <- cbind(summary_table10, "p value" = round(pval,3))
summary_table10
table(data2$family)
```