

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова (Дніпропетровськ)
Дніпропетровська державна медична академія

Резюме. Висвітлено підходи до оцінки результатів діяльності системи охорони здоров'я, показано значення цього процесу для поліпшення здоров'я населення. За модифікованою методикою ВООЗ оцінено ефективність діяльності охорони здоров'я України. Визначено, що національна система суттєво відстає від розвинених країн світу та істотно не впливає на показники здоров'я населення: очікувана тривалість здорового життя на 10,4% нижча за середньоєвропейський рівень, несправедливий розподіл тягаря фінансових витрат, незначна чутливість охорони здоров'я до очікувань населення та низький показник структурної ефективності (0,39, 2008 р.). Для укріплення системи з метою збільшення позитивного впливу на здоров'я пропонується ряд організаційних перетворень і впровадження постійного моніторингу оцінки ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

Ключові слова: оцінка діяльності системи охорони здоров'я, результативність, ефективність, очікувана тривалість здорового життя, індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я, показник загального рівня чутливості охорони здоров'я.

В останнє десятиріччя більшість країн світу намагаються оцінити та укріпити свої системи охорони здоров'я для збільшення позитивного впливу на здоров'я населення [11; 12]. Відправною крапкою удосконалення системи охорони здоров'я на різних рівнях є оцінка її теперішнього стану, аналіз дієвості та результативності. У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2000 р. запропоновано критерії та методику порівняльної оцінки діяльності систем охорони здоров'я. Ці критерії відображають прогрес у досягненні трьох фундаментальних цілей систем охорони здоров'я: 1) поліпшення стану здоров'я населення (як щодо рівня, так і в забезпеченні соціальної справедливості); 2) дотримання принципу справедливості при розподілі фінансових ресурсів із забезпеченням захисту від фінансового ризику; 3) підвищення чутливості системи до очікувань населення у питаннях, не пов'язаних зі здоров'ям [10].

Процес оцінки результативності охорони здоров'я в різних країнах гальмує необхідність адаптації запропонованої ВООЗ методики до особливостей інформаційного забезпечення національної системи охорони здоров'я. Проте потреба в оцінці діяльності для визначення ступеня, в якому різні ланки і вся система в цілому досягають кінцевих результатів, стрімко зростає через необхідність задовольнити потреби населення у доступній медичній допомозі в умовах обмеженого фінансування і нестачі ресурсів [9; 10; 12; 13].

Отже, розробка системи збалансованих показників, які дають змогу комплексно оцінити ефективність системи охорони здоров'я та у подальшому оптимізува-

ти медичне обслуговування, є надзвичайно актуальною в сучасних умовах.

Мета роботи — оцінити діяльність системи охорони здоров'я України в умовах існуючого інформаційного забезпечення, визначити її вклад у поліпшення здоров'я населення і виявити шляхи підвищення її ефективності.

Відповідно до мети дослідження поставлено та вирішено такі завдання:

- Вивчення існуючих методик оцінки результатів діяльності системи охорони здоров'я, аналіз їх відповідності сучасним вимогам та можливостям інформаційного забезпечення для визначення комплексу показників оцінки результативності системи охорони здоров'я України.
- Вивчення комплексу показників результатів діяльності охорони здоров'я України та виявлення ступеня впливу національної системи на збереження і зміцнення здоров'я населення.
- Дослідження чинників, які гальмують розвиток національної охорони здоров'я, та обґрунтування шляхів удосконалення діяльності галузі через підвищення її ефективності.

Матеріали та методи

Для вирішення завдань дослідження проаналізовано літературні та наукові джерела щодо методик оцінки діяльності систем охорони здоров'я. Для розрахунку показників результативності національної системи використано статистичну інформацію та дані низки до-

Таблиця 1

Очікувана тривалість життя населення України у 1992–2008 рр.

Індикатор	1992	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Очікувана тривалість життя при народженні (жінки)	74,18	72,72	73,55	73,97	74,06	74,22	73,99
Очікувана тривалість життя при народженні (чоловіки)	64,20	61,82	62,44	62,23	62,38	62,51	62,3
Різниця тривалості життя при народженні між жінками і чоловіками	9,98	10,9	11,11	11,74	11,68	11,71	10,7
Очікувана тривалість життя при народженні (обидві статі)	69,30	67,22	67,91	67,96	68,10	68,25	68,14

Джерело: матеріали Держкомстату України, 1998–2008 рр.; Європейська база даних «Здоров'я для всіх», 2010 [4].

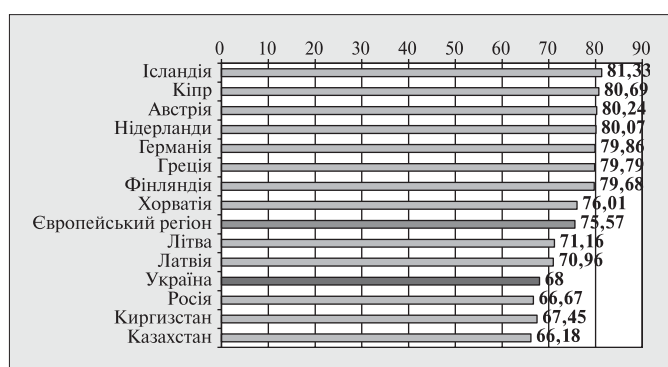


Рис. 1. Очікувана тривалість життя при народженні, обидві статі (2006 р.)

Джерело: Європейська база даних «Здоров'я для всіх», 2010 [4]

сліджень. Проведено медико-статистичний аналіз показників ефективності системи за п'ятьма складовими: рівень здоров'я, масштаби нерівності в стані здоров'я, ступінь чутливості системи до очікувань населення, справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я і структурна ефективність системи.

Для розрахунків використовувалася оцінка діяльності системи охорони здоров'я за підходом ВООЗ (2000 р.) з певними модифікаціями, доповненнями та уточненнями [3; 7; 10; 19; 22], виходячи з можливостей та потреб національної системи охорони здоров'я. Вибрано такі показники: для оцінки загального рівня здоров'я та розподілу рівня здоров'я серед населення – очікувану тривалість життя при народженні (ОТЖ), показник очікуваної тривалості життя з поправкою на втрату працездатності (очікувана тривалість здорового життя, англ. *Healthy Life Expectancy – HALE*), показник запобіжної смертності; для оцінки справедливості в розподілі тягаря витрат на охорону здоров'я – індикатор справедливості (*Fi*); для оцінки чутливості системи – показник загального рівня чутливості з урахуванням виміру основних елементів: гідності та уваги; для аналізу ефективності функціонування системи – окремі показники структурної ефективності та її інтегральний показник (*S*).

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінки загального рівня здоров'я та розподілу рівня здоров'я серед населення

Стан української системи охорони здоров'я, виходячи з її найважливішого результату діяльності – показників громадського здоров'я, можна охарактеризувати як кризовий, передусім через високий рівень загальної смертності (16,3 на 1000 населення) і низький рівень ОТЖ при народженні.

Хоча останніми роками показники материнської і дитячої смертності в Україні поліпшилися за рахунок впровадження сучасних перинатальних технологій, зокрема, допомоги при пологах за участю членів сім'ї, демедикалізації пологів тощо, ОТЖ нижча за ту, що реєструвалася на початку 90-х років і становить 68,1 року (ОТЖ чоловіків – 62,44; жінок – 73,84), більш низькі рівні спостерігаються лише в Росії, Казахстані і Туркменістані.

Все це відбувається на тлі значного поліпшення здоров'я і зниження рівня смертності в більшості розвинених країн світу і призводить до значного розриву у величині середньої тривалості життя в Україні та європейських країнах (рис. 1).

ОТЖ чоловіків на 11,7 року менша, ніж жінок (табл. 1), що значно перевищує існуючі відмінності у тривалості життя між статями в Європейському регіоні, ЄС і навіть у СНД (відповідно на 7,5; 6,2 та 0,8 року).

ОТЖ та її структурні характеристики в Україні мають доволі відчутні регіональні відмінності (рис. 2). Так, у 2008 р. ОТЖ чоловіків коливалась від найвищої (70,6 року) у Чернівецькій області до найнижчої (67,0 року) у Чернігівській області. Остання область також виділяється найбільшою в Україні різницею у тривалості життя чоловіків і жінок (14,4 року). За особливостями рівневих і структурних характеристик тривалості життя всі області України можна умовно поділити на 3 групи. Відносно сприятлива ситуація зберігається у західному регіоні, в якому менші відмінності показ-

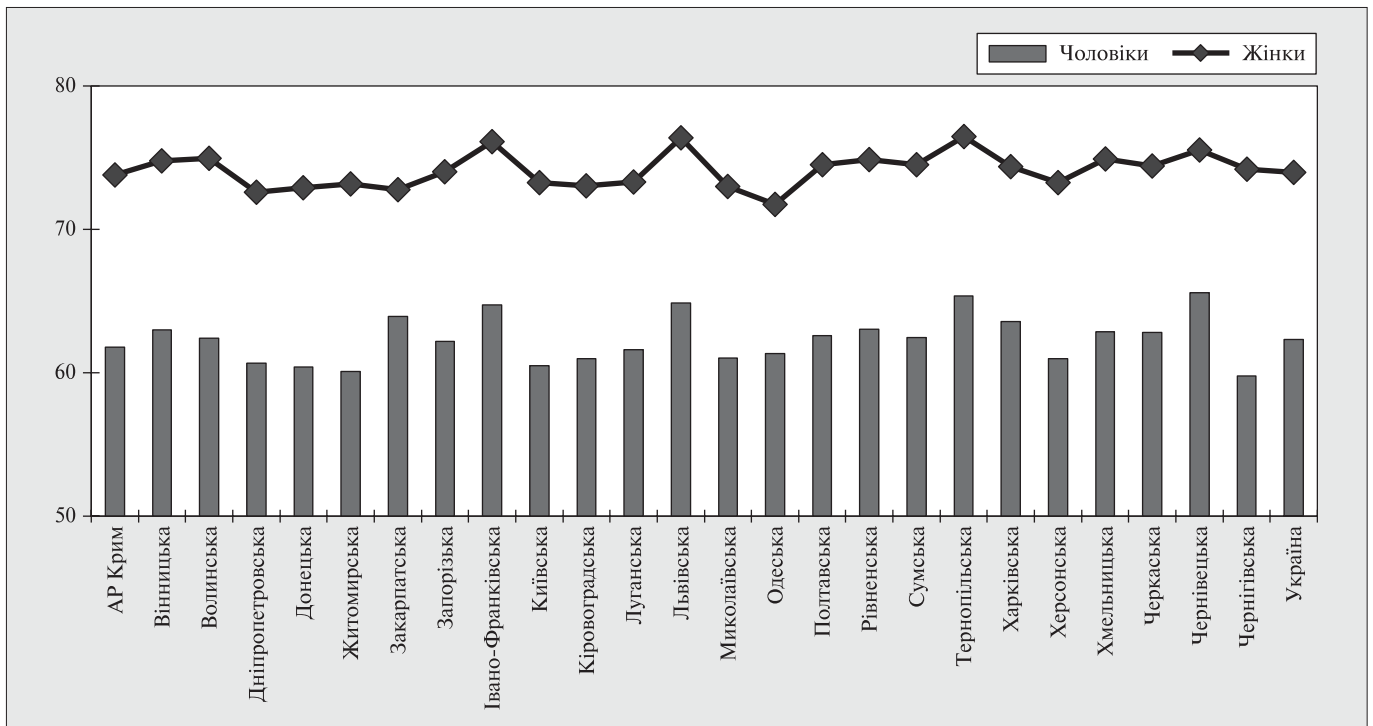


Рис. 2. Очікувана тривалість життя населення різних областей України у 2008 р. (років)

Джерело: матеріали Держкомстату України, 2009 р.

ників між чоловіками і жінками, міським і сільським населенням. У більшості областей півдня та сходу України ситуація щодо тривалості життя залишається вкрай несприятливою – ОТЖ нижча, ніж у цілому по Україні, відмінності цього показника за статтю найвідчутніші [14].

Регіональні відмінності ОТЖ в Україні обумовлені низкою чинників, вирішальними серед яких є стан самозбережувальної поведінки людей, рівень екологічного неблагополуччя, вплив стресорних факторів, погіршення умов праці, недоступність повноцінного харчування для значної частини населення. Водночас гострота усіх цих проблем не тільки не знімає, а посилює актуальність жорстких вимог до ефективності системи надання медичної допомоги.

Очікувана тривалість здорового життя (*HALE*) показує оціночне число років, яке належить прожити людям у стані повного здоров'я, тобто за вирахуванням років, прожитих у стані неповного здоров'я внаслідок захворювання та/або травми. Показники *HALE* на національному рівні в Україні не розраховувалися. За даними розрахунків, проведених ВООЗ, значення *HALE* у 2002 р. в країнах Європейського регіону коливалося в межах 73,4÷54,4 року. Україна за величиною цього показника була ближчою до нижньої межі загальноєвропейського діапазону і посіла 108-ме місце в загальному рейтингу країн світу (рис. 3). За даними розрахунків 2007 р., у світі показник коливається від 35 років (Афганістан) до 76 років (Японія), для Європейського

регіону – в середньому 67 років. Показник *HALE* в Україні (60 років) на 10,4% нижчий за середньоєвропейський та має незначну тенденцію до збільшення [8].

Гендерні відмінності *HALE* в Україні становлять 9 років та істотно менші, ніж різниця показників ОТЖ (11,7 року). Це пояснюється тим, що серед чоловіків більш поширені фатальні наслідки захворювань, а жінки частіше страждають від нефатальних наслідків хронічних захворювань.

Індикатор *HALE* враховує тривалість часу, який людина проводить у нездоровому стані (рис. 4). Дослідження ВООЗ свідчать, що кількість років, проведених

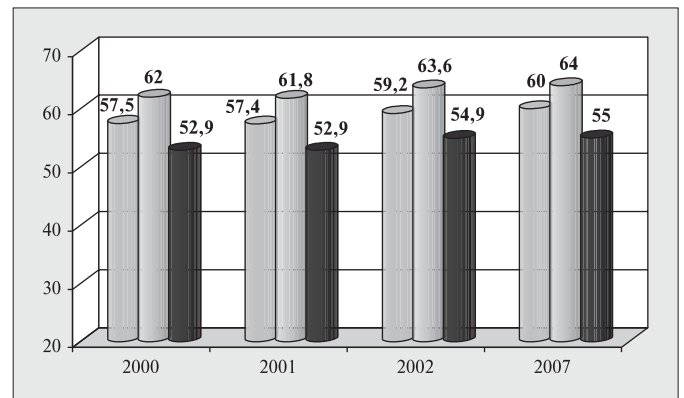


Рис. 3. Очікувана тривалість здорового життя (*HALE*) при народженні (років)

Джерело: Європейська база даних «Здоров'я для всіх», 2010 [4];

Мировая статистика здравоохранения, 2009 г.

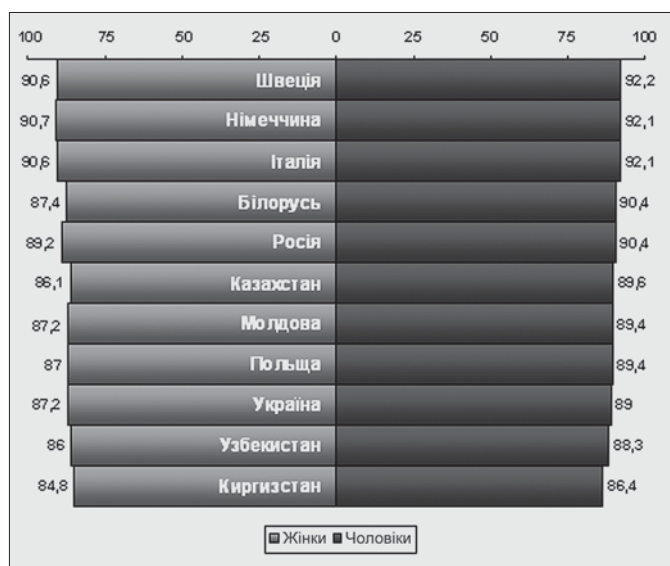


Рис. 4. Частка життя, що населення проживає у стані повного здоров'я, % (2002 р.)

Джерело: Атлас здоров'я в Європі [1].

людиною у нездоровому стані, значно вища для жителів бідних країн. У середньому представники найбільш «здорової» європейської нації – чоловіки Швеції проводять у нездоровому стані 7,8% життя, а жінки – 9,4%, тоді як для найменш «здорових» країн Європи (Киргизстан) цей показник дорівнює відповідно 13,6% та 15,6%. Для населення України частка років, проведених людиною у нездоровому стані, нижча за середньоєвропейський рівень і становить 12,8% нездорового життя для жінок та 11% – для чоловіків [1].

Дослідження очікуваної тривалості здорового життя в різних країнах показали, що стратифікація за рівнем освіти та соціально-економічним станом виявляє більш істотну диференціацію показників *HALE*, ніж відмінності, зумовлені статтю і національністю. Встановлено, що з погіршенням соціального статусу населення *HALE* знижується значно більше, ніж ОЖЖ [18].

Вплив окремих захворювань на показник очікуваної тривалості здорового життя не рівнозначний. При інвестуванні в профілактику та лікування хвороб, які або призводять до смерті хворого, або роблять його інвалідом (наприклад, хвороби системи кровообігу), слід очікувати зростання числа років, що проживаються без втрати працездатності. Зростання очікуваної тривалості здорового життя населення України за 7 років лише на 7% свідчить про недостатньо активне здійснення відповідних профілактичних програм та низьку ефективність системи медичного обслуговування.

На суттєві недоліки у наданні медичної допомоги вказують показники запобіжної смертності, тобто випадки смерті від певних хвороб (серед осіб вибраних вікових груп), яких можна було б повністю або частково уникнути, якщо б хворі отримали своєчасну і кваліфіковану медичну допомогу.

Свідченням того, що збільшення запобіжної смертності – це прямий наслідок погіршення якості медичного обслуговування, є збільшення у 8 разів випадків смерті від цукрового діабету серед молодих людей в Україні з 1990 р., переважно через перебої в постачанні інсуліну та труднощі в одержанні спеціалізованої допомоги при ускладненнях [17]. Цей приклад ілюструє корисність використання показника запобіжної смертності як індикатора потенційних проблем зниження результативності охорони здоров'я.

Дослідження в Україні запобіжної смертності в працездатному віці (25–64 роки) за 1989–2006 рр., проведене Українським центром соціальних реформ, показало, що показники запобіжної смертності (2006 р.) дещо знизилися, проте вони, як і раніше, перевищують показники базового (1986) року на 36% у чоловіків і на 20% у жінок (табл. 2). Слід зазначити, що рівні запобіжної смертності у 1995–2006 рр. знизилися під впливом політичних рішень поза сектором охорони здоров'я, переважно за рахунок первинної

Таблиця 2

Запобіжна смертність населення віком 25–64 роки в Україні (на 100 тис. населення) у 1995, 2006 рр.

Група причин	Чоловіки			Жінки		
	випадків смертності на 100 тис. населення					
	1995	2006	динаміка	1995	2006	динаміка
I (немедична профілактика)	720,4	624,0	–13,4%	188,2	167,4	–11,1%
II (раннє виявлення захворювань з наступним лікуванням)	3,5	3,4	без змін	51,6	51,7	без змін
III (ефективна медична допомога)	118,9	192,9	+62,2%	48,9	49,1	без змін
Усього	916,9	819,8	–10,6%	288,7	268,2	–7,1%

Джерело: Смертність населення України в трудоактивному віці // Демоскоп Weekly. – № 327–328, 31 марта – 13 апреля 2008.

профілактики (I група причин). Показники ж смертності від причин, які можливо нейтралізувати діями безпосередньо системи охорони здоров'я – вторинною профілактикою (раннім виявленням захворювання з подальшим лікуванням) (II група причин) та ефективною медичною допомогою (III група причин), у чоловіків збільшилися або не змінилися, у жінок – практично не змінилися [6].

Відсутність відчутної позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я за умови своєчасної діагностики та якісного лікування може впливати, свідчить про те, що вплив системи охорони здоров'я на показники здоров'я не тільки не збільшується, а, можливо, навіть зменшується. Можна припустити, що полегшений доступ до ефективної охорони здоров'я, насамперед за рахунок більш раціонального і справедливого розподілу ресурсів, і ефективна політика в галузі охорони здоров'я можуть забезпечити досягнення істотного прогресу у стані здоров'я населення України. Так, за підрахунками Є.М. Андреева та співав. [20], оптимізація медичного обслуговування у Росії та усунення запобіжної смертності через групу причин, пов'язану з якістю медичного обслуговування, дала змогу збільшити ОТЖ у чоловіків на 1,7 року, у жінок – на 1,5 року.

Відомості про масштаби нерівності в здоров'ї різних груп населення в Україні досить обмежені. У 2001 р. в Україні в рамках вивчення здоров'я до Всеукраїнського перепису населення вперше проведено широкомасштабне соціальне дослідження для обґрунтування заходів щодо скорочення масштабів нерівності та розробки програм збереження і зміцнення здоров'я, у процесі якого виявлено істотні відмінності стану здоров'я в групах з різними рівнями доходів. У групах населення з низькими доходами питома вага осіб, які оцінюють своє здоров'я як дуже добре та добре, незначна (відповідно 1,2% і 11,4%), частка тих, хто оцінював своє здоров'я як погане і дуже погане, – велика (відповідно 67,8% і 2,3%) і суттєво перевищує число осіб з такими оцінками здоров'я, отриманими для населення в цілому – 12,3–23,2%, за даними різних досліджень.

Міжнародними дослідженнями доведено, що при погіршенні соціального статусу спостерігається поступове, або лінійне, погіршення здоров'я. Це виявляється при оцінці соціального благополуччя за такими характеристиками індивідумів, як освіта, рівень достатку, зайнятість, належність до соціального класу, благополуччя району проживання [21].

За даними Київського міжнародного інституту соціології (рис. 5), індекс добробуту, що враховував доходи та витрати домогосподарств, житлові умови і наявність предметів тривалого користування, обумовлює нерівності у стані здоров'я: більш заможні оцінюють стан свого здоров'я ліпше (2,9 балу за шкалою від 1 –

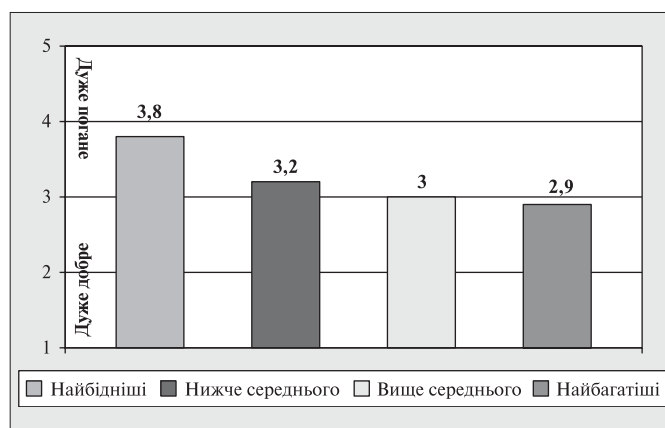


Рис. 5. Індекс здоров'я і добробуту

Джерело: матеріали дослідження Київського міжнародного інституту соціології «Здоров'я та добробут в перехідних суспільствах» (2000 р.).

«дуже добре» до 5 – «дуже погане»), ніж найбідніші (3,8 балу) [5].

Матеріали широкомасштабного соціального дослідження щодо скорочення масштабів нерівності і розробки програм збереження та зміцнення здоров'я свідчать про вдвічі більшу поширеність хвороб серед малозабезпечених верств населення, ніж серед забезпечених [2].

Однією з найбільш потужних детермінантів соціальної нерівності стосовно здоров'я є доступність медичної допомоги. Дані різних досліджень свідчать, що в Україні існують значні обмеження у доступі населення до медичної допомоги. За даними Держкомстату України, у жовтні 2008 р. частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, становила 13%. Кожне 7-ме серед найменш забезпечених домогосподарств при потребі не змогло отримати ліки, медичні товари та послуги, тоді як серед більш забезпечених домогосподарств – кожне 14-те.

Найбільш вразливими щодо доступності є низькодоходні групи населення та сільські жителі (більшість останніх належить до малозабезпечених верств населення, до того ж у них є і фізичні перешкоди для отримання медичної допомоги, обумовлені віддаленістю медичних закладів від місця проживання) (табл. 3). Представники обох груп частіше відкладають звернення через необхідність оплачувати медичні послуги, рідше звертаються по медичну допомогу, крім того, особи з низькими доходами частіше отримують відмову в отриманні медичної допомоги у зв'язку з неможливістю оплатити медичні послуги та медикаменти.

Обмеженість наявних даних не дає змоги більш поглиблено проаналізувати нерівність з економічних причин, проте на підставі відомостей про частоту відкладання звернень у зв'язку з необхідністю оплати медичних послуг до вразливих груп можна віднести також

Таблиця 3

Частота відкладання звертань по медичну допомогу і відкладань отримання медичної допомоги залежно від рівня доходів і типу поселення

Показник	Рівень доходу сім'ї на місяць		Тип поселення	
	низький	високий	село	місто
Частота відкладання звертання по медичну допомогу у зв'язку з необхідністю оплачувати послуги, %	16,8	6,7**	17,3	8,9*
Частота звернень по медичну допомогу, %	68,2	84,7**	70,3	81,4*
Частота отримання відмови в отриманні медичної допомоги, %	19,6	10,0*	—	—

Примітки: * – вірогідність розбіжностей з групою порівняння (p<0,05), ** – вірогідність розбіжностей з групою порівняння (p<0,002).

Джерела: дані соціологічного опитування Київського міжнародного інституту соціологічних досліджень, грудень 2006 р., робочі матеріали; матеріали Держкомстату України, 2007 р.

Витрати і ресурси домогосподарств. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги.

осіб старшого віку, основним джерелом доходів яких є пенсія; та осіб з невисоким освітнім рівнем, який не дозволяє їм отримати добре оплачувану роботу. Виявлено ознаки нерівності у доступності медичної допомоги для жителів регіонів з різним рівнем економічного розвитку, коли в економічно бідніших регіонах економічна доступність нижча, ніж у благополучних регіонах.

Вивчення нерівності показує можливий масштаб поліпшення здоров'я: рівня, якого досягли найбільш благополучні групи, при підвищенні ефективності діяльності галузі можуть досягти інші групи населення. Але наявні дані дають лише загальне уявлення про існуючу соціальну нерівність і її вплив на кінцеві по-

казники роботи галузі охорони здоров'я. Для отримання більш об'єктивних і детальних характеристик проблеми слід провести спеціальне дослідження щодо визначення показника HALE у різних соціальних групах.

Оцінка справедливості

в розподілі тягаря витрат на охорону здоров'я

Обсяги та джерела фінансування охорони здоров'я є ключовими чинниками, які впливають на здоров'я і благополуччя населення. Тому забезпечення мобілізації ресурсів таким чином, щоб гарантувати населенню справедливий доступ до основних медичних послуг і втручань, є провідним завданням охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку. Відповідно до сучасних вимог, фінансування охорони здоров'я має бути справедливим у вертикальній (прогресивним) і горизонтальній площинах.

У цілому система фінансування охорони здоров'я в Україні є регресивною. При цьому за основним джерелом, яким є кошти загального оподаткування, що поєднують надходження від прямих і непрямих податків, систему фінансування можна вважати помірно прогресивною.

Найбільшою мірою справедливість фінансування у вертикальній площині підривають прямі платежі населення. Хоча оцінки витрат на медичне обслуговування, що оплачуються за рахунок особистих коштів громадян, за різними джерелами і залежно від технології дослідження дуже різняться, їх питома вага, за найскромнішими оцінками, становить понад 40% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я (або за даними Світового банку – +2,3±3% ВВП). Громадяни власним коштом оплачують значну частину медичних послуг (рис. 6). Дотепер більшість населення самостійно забезпечує себе медикаментами при лікуванні не тільки в амбулаторних, але й у стаціонарних

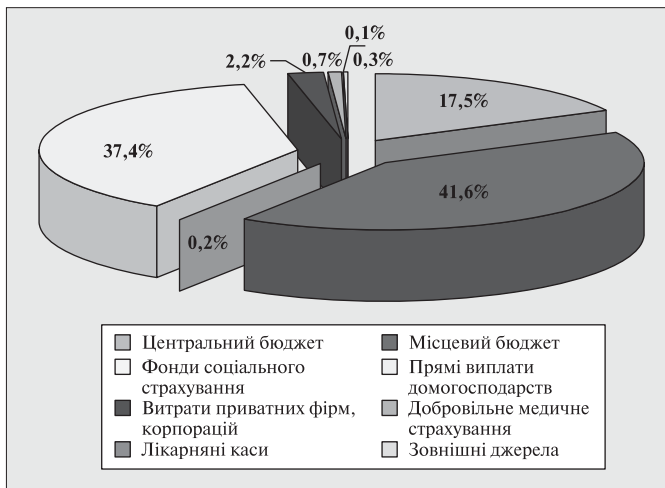


Рис. 6. Витрати на охорону здоров'я з різних джерел, у % до загальних витрат (2005 р.)

Джерело: розраховано за матеріалами звіту «Ukraine. National Health Accounts 2003–2004» April 2006. Analytical Report. Vol.1.2. (<http://www.sph.ukma.kiev.ua>); зведених таблиць Держкомстату України до національних рахунків в охороні здоров'я, 2007 р.

умовах. Платити за медикаменти та лікування доводиться не лише багатим, але й бідним. Наростання платності відбувається в хаотичній та неконтрольованій формі, без будь-яких чітких спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення.

Нерівність, до якої приводять платежі з особистих коштів, може мати і горизонтальний регіональний характер, внаслідок чого рівень особистих платежів за медичні послуги для осіб з однаковим рівнем доходу в багатших регіонах більше, ніж у бідніших. Також у селах і малих містах рівні особистих витрат менші, ніж у великих містах.

Справедливість бюджетних платежів у горизонтальній площині порушує функціонування паралельних відомчих систем охорони здоров'я. Громадяни, які користуються послугами відомчих медичних установ, часто, особливо при гострих станах, вдаються до послуг територіальних медичних установ, беручи на себе частину коштів, призначених для фінансування медичної допомоги іншим жителям цих територій [16].

У цілому, за оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні регресивніші, ніж в інших країнах Європейського регіону та країнах ОЕСР, і потенційно можуть відкинути значну частку людей за межу бідності. Система охорони здоров'я, в якій отримання необхідних медичних послуг може привести до збідніння окремих людей, або вартість яких примушує від них відмовитися, є несправедливою. Індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я, що вимірює ступінь відмінностей (нерівності) серед домогосподарств у долі витрат на охорону здоров'я, може мати значення від 0 (крайня нерівність) до 1 (повна рівність).

Розраховується він за формулою:

$$Fi = 1 - 4 * \frac{\sum_{j=1}^5 |Hi - \bar{H}|^3}{0,625}, \quad (1)$$

де Fi – індикатор справедливості в розподілі тягаря витрат на охорону здоров'я, змінний в інтервалі від 0 до 1; Hi – доля витрат на охорону здоров'я домогосподарств, що відносяться до i -го квинтилю за доходами, до витрат домогосподарств даної групи на інші потреби, окрім харчування; \bar{H} – середня доля витрат домогосподарств на охорону здоров'я до витрат домогосподарств на потреби, не пов'язані з харчуванням [7; 10].

За даними ВООЗ (доповідь за 2000 р., де аналізувалися показники за 1999 р.), в Україні індекс справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я становив 0,905, що відповідало 140–141-му місцю у рейтингу країн світу за цим показником. Найкращий показник спостерігався у Колумбії (0,992), найгірший – у Сьєрра-Леоне (0,468). Враховуючи певні припущення під час розрахунку коефіцієнту, ми не маємо змоги прямо порівнювати дані власних розрахунків

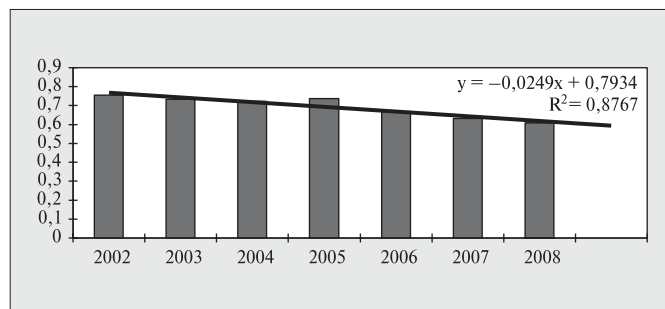


Рис. 7. Індикатор справедливості (Fi) розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я у 2002–2008 рр.

Джерело: власні розрахунки на підставі матеріалів Держкомстату України.

(рис. 7) з вищенаведеним показником, але можемо спостерігати тенденції щодо зниження справедливості фінансового внеску в охорону здоров'я.

За даними розрахунків, індикатор справедливості розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я (Fi) протягом останніх 6 років неухильно знижувався з 0,755 у 2002 р. до 0,608 у 2008 р., що свідчить про стрімке падіння рівності розподілу тягаря фінансових витрат на охорону здоров'я серед населення України.

Є підстави вважати, що масштаби нерівності в умовах кризи зростають. За прогностичними даними, якщо збережеться тенденція поступового зниження індикатора справедливості, у майбутньому ми можемо очікувати збільшення нерівності у межах 2–4% і у 2012 р. коефіцієнт Fi може дорівнювати 0,591.

Справедливість розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я відображає вимоги до спільної відповідальності за забезпечення захисту від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю отримання медичної допомоги. Досягнення справедливості в розподілі тягаря витрат на охорону здоров'я є провідним вектором підвищення ефективності охорони здоров'я. Для подолання нерівності, що склалася, необхідно впровадити комплекс заходів, серед яких провідне місце посідає врегулювання процесу залучення коштів населення у сектор охорони здоров'я.

Чутливість системи охорони здоров'я відбиває уявлення людей (не обов'язково пацієнтів, які отримували медичні послуги) про систему охорони здоров'я порівняно з їх очікуваннями, як система охорони здоров'я повинна ставитися до пацієнтів у процесі надання медичної допомоги.

У доповіді ВООЗ рівень чутливості систем охорони здоров'я вимірюється за допомогою соціологічних досліджень, які включають комплекс питань, орієнтованих на оцінку різних складових поняття чутливості: повага до гідності пацієнтів, забезпечення конфіденційності, рівень уваги, зручність, свобода вибору поставачальників медичних послуг тощо. На основі отриманих даних розраховується інтегральний показник рівня

чутливості для кожної національної системи охорони здоров'я і показник рівномірності розподілу чутливості для різних груп населення.

В Україні подібних соціологічних досліджень не проводилося, необхідна статистична інформація відсутня, але для початкової оцінки чутливості системи охорони здоров'я, на думку російських експертів [7], можна використовувати аналіз скарг громадян на медичне обслуговування.

Показник чутливості системи ми оцінювали на підставі аналізу звернень, які надійшли до МОЗ України від громадян, зокрема, кількості та розподілу скарг населення з окремих причин. Такий підхід є неоднозначним, оскільки не показує повної картини, але він є достатньо адекватним [7], тому що інформація стосовно звернень громадян містить ряд характеристик, які відбивають взаємовідносини системи охорони здоров'я з пацієнтами. Ці дані розглядалися як характеристики елементів чутливості системи охорони здоров'я.

Оцінка проводилася за важливішими параметрами чутливості – параметрами гідності та уваги. До категорії гідності віднесено такі дані: питома вага населення, яке звернулося до органів виконавчої влади та системи МОЗ зі скаргами на неправильні дії медпрацівників, зі скаргами про грубе, формальне ставлення до хворих, рідних. Увага системи оцінювалась за звертаннями та скаргами щодо незадовільного лікування у стаціонарі, поліклінічних закладах при наданні невідкладної допомоги, у зв'язку зі смертю хворих.

На основі окремих показників розраховувався агрегований індикатор загального рівня чутливості системи охорони здоров'я, як зважена сума вищевказаних окремих показників (виділені складові чутливості вважалися рівноважними).

При розрахунку агрегованої оцінки чутливості виконувалося нормування результату в інтервалі 0,1. Чим більш чутлива система до потреб населення, тим показник ближчий до 1. Інформацію про окремі коефіцієнти чутливості системи охорони здоров'я України та її загальний рівень наведено у таблиці 4.

Враховуючи певні припущення, зроблені під час розрахунків, оцінка загального рівня показника чутливості не є остаточною, але дає змогу простежити динаміку процесу. Так, у 2006 р. показник чутливості національної системи становив 0,48 і фіксувався на середньому рівні. Найбільш високою чутливістю системи була у 2007 р., далі почалося її поступове зниження, яке набуло катастрофічних масштабів у 2009 р. – показник знизився за 4 роки майже вдвічі і дорівнював 0,26, що можна пояснити наслідками глобальної економічної кризи у суспільстві, соціально-економічними факторами та відсутністю стимулів у галузі поліпшувати роботу у даному напрямку.

Зіставляючи отриманий перелік показників для оцінки рівня чутливості системи охорони здоров'я з походом ВООЗ, слід зазначити, що використання існуючої інформації не дасть змоги оцінити деякі з елементів чутливості, зокрема: автономність пацієнтів, конфіденційність інформації, доступ до систем соціальної підтримки тощо. Також неможливо оцінити розподіл рівня чутливості. Для цього потрібно провести спеціальні дослідження.

Ефективність розміщення ресурсів у системі охорони здоров'я – структурна ефективність

Для оцінки діяльності системи охорони здоров'я на додаток до індикаторів, запропонованих ВООЗ, використовувався шостий показник – інтегральний показник структурної ефективності. Його порадили включити до загального переліку російські експерти [7] через здатність показника відображати, наскільки ефективно з погляду одержання кінцевих результатів (здоров'я населення) використовуються наявні ресурси в системі охорони здоров'я, тобто спроможність безпосередньо оцінювати ефективність медичного обслуговування. Необхідність його включення до загального переліку набуває актуальності через серйозні структурні диспропорції в українській охороні здоров'я та недостатню мотивацію головних суб'єктів охорони здоров'я щодо їх подолання.

Таблиця 4

Показники виміру чутливості національної системи охорони здоров'я у 2006–2009 рр.

Елементи чутливості	Рік			
	2006	2007	2008	2009
Гідність	0,35	0,22	0,021	0,073
Увага	0,06	0,36	0,061	0,32
Загальна оцінка чутливості	0,48	0,68	0,44	0,26
Динаміка у показниках наочності, %	100	141,6	91,6	54,2

Джерело: власні розрахунки за матеріалами МОЗ.

Таблиця 5

Порівняльна характеристика показників структурної ефективності охорони здоров'я в Україні та Європейському регіоні

Показник	Європа	Україна
Частка витрат на стаціонарну допомогу, % (2007 р.)	від 20,5 у Словаччині до 75,0 в Азербайджані	69,1
Число лікарів загальної практики на 100 тис. населення (2006 р.)	67,68	32,01
Число стаціонарів на 100 тис. населення (2006 р.)	3,74	5,63
Число лікарняних ліжок на 100 тис. населення (2006 р.)	667,96	872,92
Рівень госпіталізації, % (2008 р.)	18,79	22,5
Середня тривалість стаціонарного лікування, дні (2008 р.)	9,95	12,8
Число ліжко-днів на 1 жителя на рік (2008 р.)	1,9	2,8
Число амбулаторних контактів на 1 жителя на рік (2007 р.)	7,95	10,8

Джерело: Європейська база даних «Здоров'я для всіх», 2010 [4].

Загальноприйняті показники, які характеризують структурну ефективність охорони здоров'я, в Україні значно відрізняються від європейського рівня (табл. 5).

Для української охорони здоров'я характерне неефективне використання наявних ресурсів. Інтенсивність споживання стаціонарної допомоги значно перевищує відповідні показники у Європі: на 50,5% більша кількість стаціонарних закладів; на 30,8% – лікарняних ліжок; на 19,7% – рівень госпіталізації; на 29,6% – тривалість лікування. Незважаючи на те, що число відвідувань амбулаторних закладів в Україні на 34,6% більше, ніж в Європі, і досить стрімко розвиваються стаціонарозамінні технології, інтенсивність використання потенціалу первинної допомоги досить низька: кількість лікарів загальної практики на 100 тис. населення удвічі менша порівняно з країнами Центральної та Східної Європи.

До найбільш інформативних показників, які характеризують структуру медичної допомоги, належить число ліжко-днів на 1 жителя на рік, що інтегрально поєднує рівень госпіталізації та середню тривалість перебування на ліжку. Чим вищий цей показник, тим менш ефективна структура медичної допомоги [3].

У більшості розвинутих країн значення цього показника коливається в межах 0,8–2. При цьому частка витрат на стаціонарну допомогу в загальній структурі витрат на надання медичної допомоги в цих країнах становить не більше 40–45%. Незважаючи на зменшення числа днів госпіталізації на 1 жителя в Україні, рівень цього показника залишається досить високим і складає 2,8 ліжко-дня на рік і перевищує відповідний Європейський показник на 47,4%. Отже, пересічний українець проводить на лікарняному ліжку майже

в 1,5 разу більше часу, ніж жителі розвинутих країн. При цьому витрати на стаціонарну допомогу становлять значну частку усіх витрат на надання медичної допомоги (69,1%), що свідчить про вкрай низьку структурну ефективність охорони здоров'я.

Інтегральний показник структурної ефективності оцінювався нами на підставі узагальнення таких показників: 1) частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (%); 2) частка лікарів первинної ланки у загальній кількості лікарів (%); 3) частка ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах, у загальній кількості ліжко-днів стаціонарного лікування.

Вищевказані показники були окремими індикаторами структурної ефективності. На їх основі розраховувався інтегральний показник структурної ефективності. Внесок кожного індикатора в загальну оцінку пропорційний значущості кожного індикатора і за даними російських експертів дорівнює 10 для частки витрат на стаціонарну допомогу, 7 – для частки лікарів первинної ланки, 4 – для питомої ваги ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах.

Інтегральний показник структурної ефективності розраховувався за формулою:

$$S = \sum_{k=1}^3 r_k^* / \sum_{k=1}^3 g_k^* \quad (2)$$

де r^k – оцінка кожного внеску k -го індикатора, g^k – значущості всіх окремих індикаторів [7; 10].

Показник S формується таким чином, що він зростає зі збільшенням структурної ефективності у діапазоні 0–1. Та система охорони здоров'я, яка має низьку структурну ефективність, матиме показник S , близь-

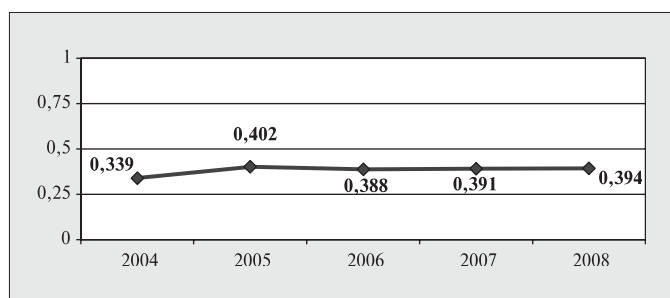


Рис. 8. Динаміка інтегрального показника структурної ефективності охорони здоров'я України у 2004–2008 рр.

Джерело: власні розрахунки на підставі матеріалів Держкомстату, МОЗ України та Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», 2010 [4].

кий до 0, а та, у якої найкраща структурна ефективність, отримує максимальне значення близько 1.

Інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я України (рис. 8) на шкалі від 0 до 1 знаходиться ближче до нижньої межі і дорівнює 0,39, що вказує на наявність значних диспропорцій у структурі медичних послуг.

У 2004–2005 рр. він незначно збільшився (на 15,7%), що відбиває зусилля охорони здоров'я на шляху реструктуризації з підвищенням обсягу втручань на первинному рівні. Але уже на наступний рік показник почав знижуватися і дотепер не має чітко визначеної позитивної динаміки. Коливання показника структурної ефективності у діапазоні 0,388–0,402 характеризує відсутність системних заходів для підвищення структурної ефективності.

Аналіз внеску окремих показників у загальну структурну неефективність показав, що найбільш значущим є фінансовий чинник: внесок показника частки витрат на стаціонарну допомогу у загальну оцінку становить 89,7%; частки лікарів первинної ланки – 2,6%; питомої ваги лікування у денних стаціонарах – 7,7%.

Індикатор долі витрат на стаціонарну допомогу має такий вагомий внесок, тому що він характеризує сукупний вплив на структурну ефективність комплексу факторів – підвищення ролі та розширення функцій первинної допомоги, переміщення частини стаціонарної допомоги на амбулаторний рівень, розвиток стаціонарозамінних технологій, формування багаторівневої системи надання медичної допомоги тощо.

Наведені дані підтверджують структурну неефективність діючої системи охорони здоров'я і дають змогу зробити висновок, що оптимізація всього лише однієї складовою медичного обслуговування – перерозподіл ресурсів у бік первинної ланки – сприяла б збільшенню реальних можливостей галузі.

Інтегральна оцінка системи охорони здоров'я України за загальним показником досягнення цілей системи охорони здоров'я та ефективністю використання

ресурсів для поліпшення здоров'я, виходячи з існуючих даних, не можлива. Однак, за результатами оцінки окремих складових (табл. 6) можна зробити висновок, що система охорони здоров'я України суттєво відстає від розвинених країн світу за кінцевими показниками результативності діяльності, галузь істотно не впливає на показники здоров'я населення, структура медичних послуг неефективна, відсутня справедливість у розподілі фінансових ресурсів. Загалом система неадекватно реагує на потреби населення і нерационально використовує ресурси, отже, її діяльність неефективна.

Щоб позитивно впливати на результати в системі охорони здоров'я, слід укріпити діяльність при виконанні її основних функцій. ВООЗ розбила ці функції на такі основні структурні елементи:

- Ефективно працюючий медичний персонал, ретельний, справедливий і досить кваліфікований, щоб досягати максимально позитивних результатів у галузі охорони здоров'я, за умови наявності ресурсів та інших сприятливих обставин.
- Справно функціонуюча система медичної інформації, яка забезпечує надання, аналіз, поширення та використання надійної та своєчасної інформації за основними показниками роботи системи охорони здоров'я і ситуації із захворюваністю.
- Забезпечення рівноправного доступу до необхідних якісних фармацевтичних та медичних продуктів і технологій.
- Справедлива система фінансування охорони здоров'я для залучення необхідних коштів та захисту від фінансових ризиків.
- Ефективне управління, щоб забезпечити наявність стратегічної політики та ефективного догляду, створення коаліцій, надання відповідних вказівок і матеріального стимулювання, а також для забезпечення підзвітності [15].

Висновки

Оцінка результативності відіграє суттєве значення у прогресивному розвитку систем охорони здоров'я, тому що вона показує, наскільки ефективно система використовує свої можливості, і дає змогу розробити стратегію щодо її укріплення. Підвищення результативності має значення як для зовнішнього ефекту – для залучення інвестицій у державні програми, так і для внутрішнього – для оптимізації використання ресурсів.

Проведена оцінка діяльності системи охорони здоров'я України дає всі підстави стверджувати, що система охорони здоров'я працює неефективно через негативний стан показників здоров'я населення (як рівня, так і забезпечення соціальної справедливості), через край низьку чутливість системи до очікувань населення, через несправедливий розподіл тягаря фінансових витрат на охорону здоров'я, структурну неефек-

Таблиця 6

Загальна оцінка окремих індикаторів діяльності системи охорони здоров'я

Складові	Показники	Рівень показників	Оцінка показників
ЗАГАЛЬНИЙ РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я	Очікувана тривалість життя при народженні	ОТЖ (обидві статі) – 68,14 (2008 р.)	Один з найнижчих у Європейському регіоні
	Очікувана тривалість здорового життя (HALE)	60 років (2007 р.)	На 10,4% нижча за середньоєвропейський рівень, має незначну тенденцію до збільшення
	Запобіжна смертність	819,8 випадку на 100 тис. населення, відсутність позитивної динаміки	Вплив системи охорони здоров'я на показники здоров'я зменшується
РОЗПОДІЛ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ	Гендерні відмінності ОТЖ	ОТЖ чоловіків на 11,7 року менша, ніж жінок (2008 р.)	Значно перевищує існуючі відмінності у Європейському регіоні, ЄС та в СНД (відповідно на 7,5; 6,2 та 0,8 року)
	Розподіл ОТЖ за територіями	По областях ОТЖ у чоловіків відрізняється на 8,9% між найменшим і найбільшим значенням; у жінок – на 6,2%	Відчутні регіональні відмінності: відносно сприятлива ситуація у західних областях України, у більшості областей півдня та сходу ситуація несприятлива
	Гендерні відмінності HALE	У чоловіків менший на 8,3% (9 років)	Серед чоловіків більш поширені фатальні наслідки захворювань, а жінки частіше страждають від нефатальних наслідків хронічних захворювань
	Гендерні відмінності запобіжної смертності	У чоловіків показник втричі більший	Надсмертність чоловіків працездатного віку
	Індекс здоров'я та добробуту	У найбідніших нижчий порівняно з багатими на 23,7%	Нерівність у стані здоров'я різнодоходних верств населення. Найбільш вразливими є низькодоходні групи
РОЗПОДІЛ ТЯГАРЯ ВИТРАТ	Індикатор справедливості в розподілі тягара витрат на охорону здоров'я	Зниження з 0,905 у 1999 р. (розрахунки ВООЗ) до 0,608 у 2008 р. (власні розрахунки)	Стрімке падіння і низький рівень рівності у розподілі тягара фінансових витрат на охорону здоров'я
ЧУТЛИВІСТЬ	Індикатор рівня чутливості системи охорони здоров'я	0,48 у 2006 р. 0,26 у 2009 р.	Вкрай низька чутливість охорони здоров'я, байдужість системи до підтримки гідності людини, її автономії, низький рівень уваги до пацієнтів
СТРУКТУРНА ЕФЕКТИВНІСТЬ	Число ліжко-днів на 1 жителя на рік	2,8 (2008 р.), на 47,4% вище за європейський показник	Деформована структура медичних послуг у бік стаціонарної медичної допомоги
	Інтегральний показник структурної ефективності (S)	0,39 (2008 р.)	Вкрай низька структурна ефективність, розпорошені ресурси використовуються неефективно і не забезпечують підтримку здоров'я населення на належному рівні

тивність. Внесок національної системи охорони здоров'я у збереження потенціалу здоров'я населення невеликий, але існують потенційні можливості для поліпшення результативності.

Для укріплення діяльності системи охорони здоров'я слід вирішити низку завдань, заявлених у На-

ціональному плані розвитку охорони здоров'я до 2010 р., серед яких фінансове та організаційне розмежування первинної та вторинної допомоги, проведення структурної реорганізації охорони здоров'я з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики / сімейної ме-

дицини, виділенням і укрупненням лікарень для гос-трих хворих, перехід від існуючого порядку розподілу коштів до контрактних взаємин між платником і поставальником медичних послуг, впровадження нових сучасних форм оплати поставальників послуг, урегулювання доплат населення тощо.

Перспективами подальшого розвитку даного напрямку у сфері наукових досліджень є розробка та (або) адаптація методології оцінки ефективності діяльності системи, яка б корелювала з визнаними міжнародними

підходами, інтегрувалася у національну систему звітності, була б не витратною і дозволяла проводити постійний моніторинг ефективності діяльності системи охорони здоров'я на різних рівнях: від окремих поставальників послуг до роботи усієї галузі.

Подальше впровадження запропонованого підходу у практику дасть змогу вибрати пріоритетні напрямки реформ і здійснювати їх постійний моніторинг, що сприятиме зміцненню системи охорони здоров'я та позитивно впливатиме на стан здоров'я населення.

Список літератури

1. *Атлас здоров'я в Європе*. – 2-е изд., 2008 г. – Копенгаген: ВОЗ, 2009. – 139 с.
2. *Грузева Т. С.* Прояви нерівності в охороні здоров'я: методи визначення та заходи щодо її подолання / Т. С. Грузева // *Главный врач*. – 2006. – № 12. – С. 28–35.
3. *Дуганов М. Д.* Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М. Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.
4. *Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ)* [онлайновая база данных]. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 [Электронный ресурс]. – Путь доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Название с экрана.
5. *Захожа В.* До 15-річчя КМІС: дослідження здоров'я / В. Захожа; Київський міжнародний інститут соціології [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: <http://www.kiis.com.ua/txt/doc/nov/z.pdf>. – Назва з екрану.
6. *Либанова Э.* Смертность населения Украины в трудозактивном возрасте (25–64 года) / Э. Либанова, Н. Левчук, Е. Рудницкий // *Население и общество: [бюллетень]*. – № 403–404. – 2009. – 21–31 декабря [Электронный ресурс]. – Путь доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2009/0403/analit01.php>. – Название с экрана.
7. *Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации*. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2007. – 64 с.
8. *Мировая статистика здравоохранения*. 2009 г. – Женева: ВОЗ, 2009. – 150 с.
9. *Москаленко В. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
10. *Системы здравоохранения: улучшение деятельности: [доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2000 г.]*. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. – 232 с.
11. *Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния: Таллиннская хартия*. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – 6 с.
12. *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения*. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007. – 13 с.
13. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України*. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
14. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію*. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.
15. *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. – Geneva: WHO, 2007. – 57 с.
16. *Health Care Systems in Transition: Ukraine. Draft*, 2010.
17. *Nolte E.* Does health care save lives? Avoidable mortality revisited / Ellen Nolte, Martin McKee. – London: The Nuffield Trust, 2004. – 139 p.
18. *Robine J. M.* Health expectancy indicators / J. M. Robine, I. Romieu, E. Cambois // *Bull. WHO*. – 1999. – № 2. – P. 181–185.
19. *Smith P. C.* Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects / Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas. – Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. – 21 p.

20. *The evolving pattern of avoidable mortality in Russia* / E. M. Andreev, E. Nolte, V. M. Shkolnikov [et al.] // *International Journal of Epidemiology*. – 2003. – № 32. – P. 437–446.
21. *Whitehead M.* Концепция и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Восходящее выравнивание / M. Whitehead, G. Dahlgren. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – 41 с.
22. *Performance measurement for health system improvement experiences, challenges and prospects series: health economics, policy and management* / edited by Peter C. Smith, Elias Mossialos, Elias Mossialos. – London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. – 748 p.

Интегральная оценка результатов деятельности системы здравоохранения Украины

В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова (Днепропетровск)

Освещены подходы к оценке результатов деятельности системы здравоохранения, показано значение этого процесса для улучшения здоровья населения. По модифицированной методике ВОЗ оценена эффективность деятельности системы здравоохранения Украины. Определено, что национальная система отстает от развитых стран мира и существенно не влияет на показатели здоровья населения: ожидаемая продолжительность здоровой жизни на 10,4% ниже средневропейского уровня, наблюдается несправедливое распределение бремени расходов на здравоохранение, отмечается незначительная отзывчивость здравоохранения к ожиданиям населения и низкий показатель структурной эффективности (0,39, 2008 г.). Для укрепления системы, с целью увеличения положительного влияния на здоровье, предлагается ряд организационных преобразований и внедрения постоянного мониторинга оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.

Ключевые слова: оценка деятельности системы здравоохранения, результативность, эффективность, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, индикатор в справедливости распределения бремени расходов на здравоохранение, показатель общего уровня отзывчивости здравоохранения.

Integral criterion of results activity for health care system of Ukraine

V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova (Dnipropetrovsk)

The article describes approaches to criterion of results activity for health care system; the meaning of this process for improvement populations' health has been shown. According to the modified method WHO it is carried out the criterion of results activity for health care system of Ukraine. It is determined that the national system significantly lags behind the developed countries and does not significantly affect the performance of health: healthy life expectancy at 10,4% below the European, unjust distribution of the burden of financial cost, low sensitivity to the health expectations and low structural efficiency (0.39, 2008). Also it is suggested organizational changes and introduction of continuous monitoring for criterion effectiveness activity of health care system.

Key words: criterion activity for health care system, effectiveness, efficiency, healthy life expectancy, equity in sharing the burden for health care, the index fairness of financial contribution.

Рецензент: д-р наук з держ. управління Н.П. Кризина.