

УДК 351.77

Н. А. Фойгт,

к. е. н., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
НАДУ при Президентіві України

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТРУКТУРИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАРІННЯ

Стаття присвячена оцінці ефективності поточної структури фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах демографічного старіння. Визначена ефективність вкладених фінансових ресурсів відносно тривалості життя у похилому віці як вихідного результату функціонування охорони здоров'я України у порівнянні з іншими країнами Європи. Запропоноване застосування формалізованої методики аналізу середовища функціонування (АСФ).

The article deals with the estimation of efficiency of the current structure of financing of Health Care in Ukraine in the conditions of the demographic aging. The efficiency of financial resources as input in relation to life expectancy at old age as an output in functioning of Health Care in Ukraine in comparing to other countries of Europe is evaluated. The application of the formalized methodology of Data Envelopment Analysis (DEA) is offered.

Ключові слова: ефективність державного управління, охорона здоров'я, демографічне старіння, аналіз середовища функціонування (DEA)

Key words: efficiency of state administration, health care, population ageing, Data Envelopment Analysis (DEA)

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Оцінка ефективності реформування охорони здоров'я в Україні є однією з ключових проблем теорії і практики державного управління, адже якісні й кількісні характеристики реформаторських зрушень надають нового імпульсу не тільки поступу охороноздоровчої галузі, але й розвитку державотворення в цілому. У той же час, за визначенням Д.В. Карамишева, ефективність управління належить до найменш опрацьованих питань теорії державного управління [1]. Розробка нових теоретико-методологічних підходів у даній сфері розкриває нові можливості і розширює перспективи вдосконалення управлінської діяльності на різних рівнях державного управління. Одним з таких підходів є оцінка ефективності управлінських рішень з точки зору вкладених ресурсів і отриманих результатів управлінської діяльності.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Загальнометодологічні підходи до вивчення ефективності державного управління можна знайти у класичних роботах Е. Нілі та К. Адамса [2], Н. Фонштейна [3], М. Хольцера [4] та ін. Теоретико-методологічні проблеми оцінки ефективності державного управління у сфері охорони здоров'я детально проаналізовані у роботах вітчизняних дослідників Д. Карамишева [1; 5; 6], В. Дорофійенко [7], Ж. Новіцької [8], О. Черниш [9], Н. Шамшуриної [10], М. Шутова [11, 12] та ін. Піонерні дослідження з розробки методик оцінки ефективності управління на пострадянському просторі здійснені у рамках

технічних та економічних наук і стосуються, зокрема проблем управління складними системами — технічними, економічними, соціальними, біологічними тощо [13—29].

ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Всебічне дослідження ефективності управління такою складною системою, як охорона здоров'я, є доволі важким завданням, для вирішення якого вже запропоновано або впроваджено низку методик [30, 31, 32]. Однак запропоновані методи, будучи адекватними інструментами оцінки ефективності внутрішніх аспектів управління національною системою охорони здоров'я, не дають можливості визначити стан та перспективи розвитку ресурсозабезпечення охороноздоровчої галузі у міжнародному контексті. Це не дозволяє здійснити цілісний прогноз ефективності управління галуззю й пропонувати рекомендації з підвищення такої ефективності відносно апробованих зарубіжних моделей фінансування ОЗ, а отже, є певним бар'єром на шляху євроінтеграції України.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Метою статті є оцінка ефективності поточної структури фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах демографічного старіння як однієї з підсистем у загальноєвропейській системі фінансового забезпечення охороноздоровчої галузі з застосуванням формалізованої методики аналізу середовища функціонування (АСФ).

Матеріали і методи. У дослідженні використані дані ВООЗ щодо тривалості життя [33] та національні рахунки охорони здоров'я у європейських країнах за 1995—2009 рр.

Як методичний інструмент дослідження пропонується метод аналізу середовища функціонування (АСФ) (DEA — Data Envelopment Analysis), розроблений у 1978 р. американськими вченими А. Charnes, W. W. Cooper, E. Rhodes [25] на основі ідей J. Farrell [27]. Метод АСФ базується на побудові так званої границі ефективності й використанні її як еталону для оцінки ефективності об'єктів у досліджуваній сукупності. Ступінь ефективності об'єктів визначається ступенем їх близькості до границі ефективності у багатомірному просторі входів/виходів.

Не вдаючись до детального розгляду математичного апарату методу АСФ, що не є завданням даного дослідження, слід, втім, представити його основні положення. Розглянемо коротко суть даного методу на прикладі моделі. Нехай є дані для K вхідних параметрів і M вихідних параметрів для кожного з N однорідних об'єктів (такими об'єктами можуть бути, наприклад, окремі заклади державної системи охорони здоров'я або ЛПЗ різної галузевої приналежності, або різні суб'єкти господарювання у сфері надання медичних послуг тощо). Для i -го об'єкта вони представлені вектор-стовпцями x_i і y_i відповідно. Тоді матриця X розмірності $K \times N$ і матриця Y розмірності $M \times N$ являють собою матриці вхідних і вихідних параметрів для всіх N об'єктів. Модель формулюється у вигляді задачі лінійного програмування у такій формі [16, с. 150]:

$$\begin{aligned} \min_{\theta, \lambda} & \lambda(\theta), \\ & -y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & \theta x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \sum \lambda_i = 1, \\ & \lambda \geq 0, \end{aligned} \quad (1)$$

де θ — скаляр, а λ є вектором констант розмірності $N \times 1$. Значення θ , отримане при вирішенні задачі, і є мірою ефективності i -го об'єкта. Важливо зазначити, що $\theta \in (0; 1]$. Критерієм ефективності об'єкта є умова $\theta=1$. Об'єкти, які мають таке значення показника θ , вважаються ефективними й перебувають, як прийнято говорити, на границі ефективності. Аналогічне завдання вирішується для кожного об'єкта, тобто n разів. Границя ефективності — поняття умовне. Її вершинами є ефективні точки у обраному просторі входів/виходів. Метод працює таким чином, що об'єкт (x_i, y_i) зіставляється з опуклою оболонкою точок, зумовлених матрицями входів X і виходів Y . Для об'єктів, у яких показник ефективності виявився менше одиниці, можуть бути встановлені цілі, що полягають у виведенні їх на границю ефективності, тобто у пропорційному скороченні їхніх вхідних факторів на величину θ при збереженні вихідних значень на колишньому рівні. Тому наведена модель називається моделлю, орієнтованою на вхід. При використанні моделі, орієнтованої на вихід, для неефективних об'єктів будуть видані рекомендації із пропорційного збільшення вихідних значень у φ разів при незмінних значеннях входів. Ця модель також представляє собою задачу лінійного програмування наступної форми [16, с. 158]:

$$\begin{aligned} \max_{\phi, \lambda} & \lambda(\phi), \\ & -\phi y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \sum \lambda_i = 1, \\ & \lambda \geq 0. \end{aligned} \quad (2)$$

Серед переваг методу АСФ експерти зазначають наступні [19, с. 8]:

- можливість обчислення одного агрегованого показника ефективності для кожного об'єкта, не вимагаючи при цьому апріорного задання вагових коефіцієнтів для змінних, що використовуються в аналізі;

- відсутність жодних обмежень на функціональну форму залежності між входами й виходами, оскільки отримана границя ефективності є кусочно-лінійною;

- множина ефективних об'єктів є оптимальною за Парето.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Однією з ключових складових реформування охорони здоров'я в Україні в умовах демографічного старіння є реалізація моделі фінансового забезпечення галузі, що є найбільш адекватною економічним, демографічним та соціальним умовам, що склалися. Оскільки в основі усього розмаїття способів фінансового забезпечення охорони здоров'я лежать три моделі — державна, приватна і змішана, — головним завданням дослідження є визначення ефективності і перспектив моделі фінансування охорони здоров'я України у різному демографічному, структурному та часовому середовищі функціонування ОЗ на європейських теренах. Базовими характеристиками такого середовища у якості вкладених ресурсів обрані абсолютні й відносні обсяги державного і приватного фінансування охорони здоров'я в Україні та інших країнах Європи, співвідношення яких відбиває модель фінансового забезпечення охороноздоровчої галузі кожного члена обраної сукупності. Як оцінюваний результат ефективності використання ресурсів застосовується інтегральний показник здоров'я населення похилого віку. Операціональними характеристиками вхідних ресурсів обрані такі показники національних рахунків охорони здоров'я, як частка витрат на охорону здоров'я у загальному обсязі ВВП, частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я та середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС. Інтегральним вихідним показником здоров'я населення похилого віку обрана середня очікувана тривалість життя у віці 65 років. Така сукупність обраних показників визначена попереднім кореляційним аналізом, який показав залежність міцності кореляційного зв'язку між моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я і віковими показниками рівня здоров'я населення (табл. 1).

Так, здоров'я у молодших вікових групах тісніше пов'язане з динамікою ВВП та часткою у ньому витрат на охорону здоров'я, ніж у старшому віці. Цілком очевидно, що загальний рівень життя, який визначається обсягом ВВП, є основним чинником формування здоров'я усього населення, а, оскільки молодші вікові групи за

Таблиця 1. Коефіцієнти кореляції між окремими показниками національних рахунків охорони здоров'я та величиною середньої очікуваної тривалості життя у різному віці для 53-х країн Європи за період з 1995 по 2009 рр. (N=619; p < 0,05)

	Середня очікувана тривалість життя				
	при народженні	у віці 1 рік	у віці 15 років	у віці 45 років	у віці 65 років
Частка витрат на охорону здоров'я у загальному обсязі ВВП, %	0,67	0,66	0,65	0,64	0,64
Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	0,35	0,32	0,30	0,30	0,33
Частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, %	0,46	0,45	0,44	0,45	0,47
Частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я, %	-0,34	-0,33	-0,33	-0,34	-0,39
Середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС	0,81	0,80	0,79	0,81	0,83

визначенням є здоровішими за старші, їх здоров'я у статистичному відношенні тісніше пов'язане з загальноекономічною ситуацією. Статистичний зв'язок решти показників, які так чи інакше стосуються співвідношення державних і приватних витрат на охорону здоров'я, систе-

Виходячи з динаміки середніх характеристик обсягу та структури фінансування охорони здоров'я в Україні у порівнянні з іншими регіонами Європи, можна зробити висновок про невідповідність процесу реструктуризації фінансування охороноздоровчої галузі, з одного боку,

Таблиця 2. Характеристики структури фінансування охорони здоров'я та величина очікуваної тривалості життя у похилому віці в Україні та інших регіонах Європи у 1995–2009 рр.

	Частка витрат на охорону здоров'я у загальному обсязі ВВП, %	Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	Частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, %	Частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я, %	Середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС	Середня очікувана тривалість життя у віці 65 років
1995-1999						
Країни-члени Євросоюзу до травня 2004 р.	8,2*	74,8*	12,7*	71,1*	1447,4*	17,65*
Терени колишніх соціалістичних країн Східної Європи	6,7	70,9	11,6	93,7	385,5	15,05
Європейські країни-колишні республіки СРСР	6,3	54,6	9,6	85,9	168,9	14,51
Середньоазійські країни-колишні республіки СРСР	4,8*	55,6	10,9	97,1	47,2	14,04
Інші країни Європи	6,8	76,4*	15,4*	85,9	1311,3*	18,39
Україна	6,3	57,2	9,2	92,8	106,6	13,79
2000-2004						
Країни-члени Євросоюзу до травня 2004 р.	8,9*	73,3*	14,3*	70,3*	1960,4*	18,43*
Терени колишніх соціалістичних країн Східної Європи	7,4	68,5	12,3*	89,7	531,8	15,45*
Європейські країни-колишні республіки СРСР	6,3	50,1	9,7	87,6	225,7	14,62
Середньоазійські країни-колишні республіки СРСР	4,5*	46,8	9,3	97,3	57,0	14,17
Інші країни Європи	7,3	70,6*	13,8*	84,5	1665,1*	18,39*
Україна	6,2	55,9	9,3	92,4	145,4	13,86
2005-2009						
Країни-члени Євросоюзу до травня 2004 р.	9,6*	73,5*	15,3*	70,3*	2632,8*	19,42*
Терени колишніх соціалістичних країн Східної Європи	7,6	67,0	12,6*	89,8	777,6	16,16*
Європейські країни-колишні республіки СРСР	6,5	52,6	9,2	91,1	400,9	15,13*
Середньоазійські країни-колишні республіки СРСР	4,6*	46,9	8,9	96,5	93,6	14,08
Інші країни Європи	7,4	70,9*	13,9*	82,8	2198,6*	19,12*
Україна	6,9	56,0	8,8	92,7	251,0	14,03

* — регіони, з якими за даним показником для України зафіксовані статистично вірогідні відмінності (p < 0,05).

матично підсилюється з віко-пов'язаною вразливістю здоров'я. Так відбивається безпосередність впливу доступності державно-фінансованої охорони здоров'я для контингентів населення, які, з одного боку, характеризуються пов'язаною з віком вразливістю здоров'я, з іншого — мають певний статус доступу до державно фінансованого медичного обслуговування.

динаміці статусу здоров'я населення похилого віку у нашій країні; з іншого — загальноєвропейським тенденціям цього процесу протягом останнього десятиліття (табл. 2).

Так, якщо у 1995—1999 рр. вірогідні відмінності у величині середньої очікуваної тривалості життя у віці 65 років в Україні були зафіксовані лише з розвинутими країнами Західної Європи, то у 2000—2004 рр. Україна за цим показником не відрізнялась лише від країн пострадянського простору, а у 2005—2009 рр. стала рівною лише серед колишніх соціалістичних республік Середньої Азії. Стосовно ж динаміки реструктуризації фінансування охорони здоров'я, на тлі зниження частки витрат на охорону здоров'я у загальному обсязі ВВП, частки державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, частки витрат домогосподарств у приватному фінансуванні охорони здоров'я та збільшення частки витрат на охорону здоров'я у загальних державних

витратах, що відбуваються у більшості європейських країн, ситуація в Україні поки що залишається без змін. Найприкрішим є те, що при зниженні частки державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я частка витрат домогосподарств зберігає тенденцію до збільшення, що свідчить про перекладання зростаючого тягаря витрат за користування медичними послугами на домогосподарства і йде у розріз із загальноєвропейською політикою реструктуризації фінансування охорони здоров'я.

Поміщення України у різні модельні середовища фінансового забезпечення охорони здоров'я дозволяє визначити ступінь ефективності існуючої моделі фінансування охороноздоровчої галузі як сукупності вкладених ресурсів стосовно формування статусу здоров'я населення похилого віку як отриманого результату. За коефіцієнтами ефективності існуючої структури фінансування охорони здоров'я, розрахованими у рамках вихід-орієнтованої моделі, що визначає обсяг результату діяльності об'єкта, який у даному середовищі функціонування можна отримати за умови регулювання обсягів використовуваних ресурсів, Україна протягом 2000—2004 рр. у порівнянні з попереднім п'ятиріччям дещо наблизилась до європейських зразків, але у 2005—2009 жодного прогресу не відбулося, ситуація навіть погіршилась (табл. 3).

Характеристики вихід-орієнтованої моделі для України свідчать передусім про соціальну несправедливість фінансового забезпечення охорони здоров'я (табл.4). Адже при мінімумі внеску з боку держави (за період 1995—2009 рр. частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах

Таблиця 3. Величини коефіцієнтів ефективності структури фінансування охорони здоров'я та рейтинги за цим показником у вихід-орієнтованих моделях АСФ для України та інших країн Європи за періоди 1995—1999, 2000—2004 та 2005—2009 рр.

	1995–1999		2000–2004		2005–2009	
	Коефіцієнт ефективності	Ранг (34)*	Коефіцієнт ефективності	Ранг (з 39)	Коефіцієнт ефективності	Ранг (з 39)
Австрія	0,779	27	0,799	27	0,813	23
Бельгія	0,769	32	0,801	26	0,759	36
Данія	0,717	36	0,755	38	0,708	39
Фінляндія	0,85	15	0,926	8	0,889	13
Франція	0,949	3	0,921	9	1	1
Німеччина	0,761	33	0,799	28	0,847	18
Ірландія	0,945	4	0,99	3	0,948	6
Італія	0,849	16	0,885	15	0,881	15
Люксембург	0,964	2	0,92	10	0,962	5
Нідерланди	1	1	1	1	1	1
Португалія	0,872	12	0,804	25	0,807	26
Іспанія	0,876	11	0,973	5	0,913	9
Швеція	0,791	24	0,826	23	0,8	27
Швейцарія	0,907	8	0,836	21	0,92	8
Сполучене Королівство Великобританії	0,914	7	0,972	6	0,934	7
Кіпр	1	1	1	1	1	1
Греція	0,777	30	0,786	32	0,763	34
Мальта	0,821	19	0,834	22	0,835	20
Ісландія	0,725	35	0,762	36	0,821	22
Норвегія	0,713	38	0,766	35	0,79	29
Ізраїль	0,884	10	0,969	7	0,99	3
Сан-Маріно	0,893	9	1	1	0,9	12
Болгарія	0,778	29	0,762	37	0,779	32
Хорватія	0,675	41	0,78	33	0,737	37
Чехія	0,717	37	0,796	30	0,826	21
Угорщина	0,696	39	0,772	34	0,776	33
Чорногорія	0,823	18	0,795	31	0,785	30
Польща	0,804	21	0,909	13	0,879	16
Румунія	0,841	17	0,869	18	0,885	14
Сербія	0,757	34	0,798	29	0,785	31
Словаччина	0,793	22	0,854	20	0,716	38
Словенія	0,945	5	1	1	1	1
Вірменія	0,854	14	0,919	11	1	1
Азербайджан	1	1	1	1	1	1
Білорусь	1	1	0,989	4	0,968	4
Естонія	0,783	26	0,999	2	0,907	11
Латвія	0,779	28	0,861	19	0,797	28
Литва	0,864	13	0,875	16	0,811	25
Республіка Молдови	0,677	40	0,729	39	0,763	35
Російська Федерація	0,929	6	0,898	14	0,841	19
Казахстан	0,784	25	1	1	0,991	2
Киргизстан	0,792	23	0,916	12	0,909	10
Таджикистан	1	1	1	1	1	1
Узбекистан	0,817	20	0,874	17	0,858	17
Україна	0,772	31	0,815	24	0,813	24

* — Оскільки при розрахунку моделі АСФ для певної множини об'єктів, які складають середовище порівняння, кількість ефективних об'єктів (тобто таких, для яких величини θ або φ дорівнюють одиниці), зазвичай більше одного, у рейтингу усі такі об'єкти отримують оцінку 1, через що кількість рейтингових позицій у сукупності скорочується.

та величина середньодушових державних витрат на охорону здоров'я у US\$ ПКС в Україні були найнижчими серед інших регіонів Європи і перевищували відповідні показники лише для країн — колишніх республік Середньої Азії) найважливішою характеристикою фінансування, яка, згідно моделей для усього періоду 1995—

Таблиця 4. Характеристики вихід-орієнтованої моделі ефективності існуючої структури фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах демографічного старіння у сучасному середовищі моделей фінансування охороноздоровчої галузі країн Європи

	1995-1999		2000-2004		2005-2009	
Загальна ефективність, φ	0,772		0,815		0,813	
Моделювання вихідного результату						
	Фактичний результат	Результат, якого можна досягти за фактичного обсягу ресурсів	Фактичний результат	Результат, якого можна досягти за фактичного обсягу ресурсів	Фактичний результат	Результат, якого можна досягти за фактичного обсягу ресурсів
Середня очікувана тривалість життя у віці 65 років	13,79	16,14	13,86	15,81	14,03	17,12
Моделювання вхідних ресурсів						
	Фактичний обсяг ресурсу	Обсяг ресурсу, достатній для отримання фактичного результату	Фактичний обсяг ресурсу	Обсяг ресурсу, достатній для отримання фактичного результату	Фактичний обсяг ресурсу	Обсяг ресурсу, достатній для отримання фактичного результату
Загальні витрати на охорону здоров'я як частка ВВП, %	6,26	5,58	6,20	5,21	6,88	5,43
Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	57,23	25,68	55,90	24,64	56,02	30,87
Частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, %	9,17	5,48	9,28	5,35	8,80	5,60
Частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я, %	92,85	86,155	92,4	92,4	92,74	92,64
Середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС	106,62	106,62	145,37	145,37	251,01	251,01

2009 рр., має залишатися незмінною при незмінності вкрай низького середньодушового внеску держави у US\$ ПКС, є частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я.

Інакше кажучи, крім вкрай недостатнього державного забезпечення в умовах практичної відсутності інших джерел фінансування охорони здоров'я, кошти самих хворих є чи не єдиним джерелом фінансів галузі. Неефективність існуючої системи фінансування охорони здоров'я в Україні проявляється у вкрай низькому результаті стосовно обсягу витрачених коштів: згідно розрахунків, за даних обсягів вкладених ресурсів тривалість життя у похилому віці в нашій країні у сучасному європейському середовищі фінансового забезпечення охорони здоров'я має бути принаймні на 17% вищою. З іншого боку, для підтримання існуючого рівня здоров'я населення похилого віку достатньо у середньому 75% від сучасних державних витрат на охорону здоров'я.

ВИСНОВКИ

Система фінансування охорони здоров'я, як і будь-яка інша регульована державою система, є компенсаційною, тобто такою, у рамках якої неефективність одних механізмів компенсується ефективністю інших. Наразі низькі темпи розвитку економіки, низький рівень життя і доходів населення, невизначеність правового поля та несприятливі умови для розвитку ринку медичних послуг, нерозвиненість і негнучкість ринку фінансів на тлі посилення навантаження хронічних хвороб у зв'язку зі старінням населення визначають існування в Україні однієї з найнесправедливіших систем фінансування охороноздоровчої галузі на європейських теренах, яка складається практично з двох джерел — держав-

ного бюджету та особистих коштів хворих, які користуються послугами ОЗ. Проте навіть у такій ситуації кошти, які витрачаються на охорону здоров'я, могли б бути використані з більшою ефективністю, забезпечивши, зокрема населенню похилого віку як основному контингенту користувачів послуг ОЗ, статус здоров'я, порівнюваний принаймні з рівнем здоров'я літніх людей у країнах Центральної та Східної Європи.

Виходячи з існуючої ситуації, основним поточним завданням державного управління у сфері фінансування охорони здоров'я є оптимізація розподілу існуючих державних коштів через:

- перегляд обсягів та структури ресурсів, що забезпечують виконання бюджетних програм охорони здоров'я, з метою пошуку існуючих резервів;
- реструктуризацію надання медичних послуг у рамках державних програм з метою збільшення отримувачів таких послуг при існуючому бюджетному фінансуванні;
- розширення переліку медичних послуг на одиницю бюджетного фінансування з метою задоволення ширшого кола потреб населення у медичній допомозі;
- підвищення якості державно фінансованих медичних послуг з метою отримання стійкого результату поліпшення здоров'я населення.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Визначення перспективних управлінських дій з реструктуризації фінансування охорони здоров'я як необхідної складової поступу реформування галузі загалом потребує подальшого наукового пошуку у напрямках зіставлення організаційно-функціональної структури системи ОЗ з охороноздоровчими потребами населення та можливостями державного фінансування їх задоволення; вивчення пов'язаних з демографічним старінням поточних і перспективних проблем хронічної захворюваності у зіставленні зі структурою фінансування та організаційно-функціональною структурою ОЗ, визначення обсягів, пов'язаних з демографічним старінням поточних і майбутніх потреб у тривалому догляді, а також перспектив його ресурсного, організаційного та кадрового забезпечення тощо.

Література:

1. Карамішев Д.В. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умо-

- вах / Д.В.Карамішев, Н.М. Удовиченко // Зб. наук. праць ХарПІ НАДУ "Актуальні проблеми державного управління". — 2008. — № 1. — С. 230—235.
2. Нили Э., Адамс К., Кеннерли М. Призма эффективности / Э. Нили, К. Адамс, М. Кеннерли. — К.: Баланс-клуб, 2003. — 340 с.
3. Фонштейн Н.М. Трансфер технологий и эффективная реализация инноваций / Н.М. Фонштейн. — М.: Наука, 1999. — 221 с.
4. Хольцер М. Производительность, государственное управление и демократия / М. Хольцер. — М.: Мир, 2000. — 216 с.
5. Карамішев Д.В. Якість медичної допомоги як інтегральний показник соціальної ефективності державного управління / Д.В. Карамішев, Я.Ф. Радиш, Л.Я. Радиш / Вісник НАДУ. — 2005. — № 4. — С. 415—420.
6. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: моногр. / Д.В.Карамішев. — Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2006. — 304 с.
7. Дорофиенко В.В. Инновационный менеджмент и научно-техническая деятельность: учеб. пособие / В.В. Дорофиенко, В.П. Колосюк. — Донецк: Магістр, 2001. — 409 с.
8. Новицкая Ж.А. Анализ эффективности инноваций / Ж.А. Новицкая // Менеджер. — 2002. — № 5 (21). — С. 101—105.
9. Черниш О.І. Проблеми формування ринку медичних послуг в Україні / О.І.Черниш // Фінансовий механізм державного управління економікою України: зб. наук. пр. ДонДАУ. — Донецьк, 2005. — Т. 6. — Вип. 49. — С. 87—99. — (Серія "Державне управління").
10. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении: Нормат. документы с комментариями / Н.Г.Шамшурина. — М.: МЦФЭР, 2005. — 320 с.
11. Шутов М.М. Методологические аспекты оценки экономической эффективности здравоохранения / М.М. Шутов // Менеджер. — 2005. — № 1. (31). — С. 24—29.
12. Шутов М.М. Оптимизация управления ресурсами здравоохранения: учебник / М.М. Шутов, В.В. Дорофиенко, Н.С. Блинова. — Донецк: ВИК, 2005. — 238 с.
13. Кривоножко В.Е. Анализ эффективности функционирования сложных систем / В.Е. Кривоножко, А.И. Пропой, Р.В. Сеньков, И.В. Родченков, П.М. Анохин // Автоматизация проектирования. — 1999. — № 1. — С. 2—7.
14. Ильичев, А.В. Эффективность проектируемой техники: Основы анализа / А.В. Ильичев. — М.: Машиностроение, 1991. — 336 с.
15. Мезоэкономика переходного периода: Рынки, отрасли, предприятия / Под ред. Г.Б. Клейнера. — М.: Наука, 2001. — 516 с.
16. Надежность и эффективность в технике: справочник в 10 т. / Ред. совет: В.С. Авдудевский (пред.) и др. / Т. 1. Методология. Организация. Терминология / Под ред. А.И. Рембезы. — М.: Машиностроение, 1986. — 224 с.
17. Надежность и эффективность в технике [Текст]: справочник в 10 т. / Ред. совет: В.С. Авдудевский (пред.) и др. / Т. 3. Эффективность технических систем / Под общ. ред. В.Ф. Уткина, Ю.В. Крючкова. — М.: Машиностроение, 1988. — 328 с.
18. Росин М.Ф. Статистическая динамика и теория эффективности систем управления / М.Ф. Росин, В.С. Булыгин. — М.: Машиностроение, 1980. — 312 с.
19. Соломонов Ю.С. Большие системы: гарантийный надзор и эффективность / Ю.С. Соломонов, Ф.К. Шахтарин. — М.: Машиностроение, 2003. — 368 с.
20. Флейшман Б.С. Основы системологии / Б.С. Флейшман. — М.: Радио и связь, 1982. — 368 с.
21. Флейшман Б.С. Элементы теории потенциальной эффективности сложных систем / Б.С. Флейшман. — М.: Сов. радио, 1971. — 224 с.
22. Charnes A. Measuring the Efficiency of Decision Making Units / A. Charnes, W.W. Cooper, E. Rhodes // European Journal of Operational Research. — 1978. — Vol. 2. — P. 429—444.
23. Coelli T. An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis / T. Coelli, D.S. Prasada Rao, G.E. Battese. — Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998. — 275 p.
24. Cook W.D. Hierarchies and Groups in DEA / W.D. Cook, D. Chai, J. Doyle, R. Green // Journal of Productivity Analysis. — 1998. — Vol. 10. — P. 177—198.
25. Cooper W.W. Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References, and DEA-Solver Software / W.W. Cooper, L.M. Seiford, K. Tone. — Boston: Kluwer Academic Publishers, 2000. — 318 p.
26. Charnes A. Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Application / A. Charnes, W.W. Cooper, A.Y. Lewin, L. M. Seiford. — Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994. — 513 p.
27. Farrell M.J. The Measurement of Productive Efficiency / M.J. Farrell // Journal of The Royal Statistical Society. — 1957. — Vol. 120. — P. 253—281. — Series A (General), Part III.
28. Sowlati T. Establishing the Practical Frontier in DEA: Ph.D. dissertation / T. Sowlati. — University of Toronto, 2001. — 342 p.
29. Sowlati T. Establishing the "Practical Frontier" in Data Envelopment Analysis / T. Sowlati, J. C. Paradi // International DEA Symposium "Efficiency and Productivity Analysis in the 21st Century", 24—26 June 2002 (Moscow, Russia): Abstracts / Institute for Systems Analysis of Russian Academy of Sciences; Global S. Consulting Company. — Moscow: International Research Institute of Management Sciences, 2002. — P. 32—33.
30. Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ від 31 травня 2002 р. / Міністерство охорони здоров'я України // Законодавство про охорону здоров'я України. — К., 2003.
31. Москаленко В.Ф. Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2000. — № 2. — С. 31—34.
32. Музыка Ю.А. Комплексная оценка эффективности системы управления аптечной организацией / Ю.А. Музыка, М.В. Малаховская, Є.Г. Морозова — М.: МЦФЭР, 2003. — 50 с.
33. European health for all database (HFA-DB) Electronic resource. — World Health Organization. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. — <http://www.euro.who.int/HFADB>

Стаття надійшла до редакції 20.07.2011 р.