

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ПОТІЙЧУК ОЛЬГА ВАЛЕНТИНІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ
ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

О. В. ПОТІЙЧУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ДАНКЕВИЧ Євген Михайлович
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту ПОТІЙЧУК Ольгу Валентинівну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» грудня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ПОТІЙЧУК Ольга Валентинівна захистила
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ПОТІЙЧУК О. В. Державна політика управління економічною ефективністю надання медичних послуг. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2023.

Досліджено теоретичні та історичні фактори управління економічною ефективністю надання медичної допомоги та послуг у світі та Україні, основні її детермінанти, відмінність дефініцій, що її характеризують, фактори, які впливають на економічну ефективність медичних послуг, методи її оцінки. Запропоновано обґрунтовані напрями підвищення якості, доступності та результативності медичних заходів, ефективності використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: економічна ефективність, державна економічна політика, її проблеми, тенденції показників ефективності, прогнози та перспективи, Україна.

SUMMARY

POTIICHUK O. State policy of managing the economic efficiency of healthcare services. – Manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 «Public Administration». – Polissia National University, 2023.

The article examines the theoretical and historical factors of managing the economic efficiency of medical care and services in the world and Ukraine, its main determinants, the difference in definitions that characterize it, the factors that affect the economic efficiency of medical services, and methods for its evaluation. The author proposes reasonable directions for improving the quality, accessibility and effectiveness of medical measures, as well as the efficiency of using the limited resources of the Ukrainian health care system.

Tags: economic efficiency, state economic policy, its problems, trends in performance indicators, forecasts and prospects, Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПОСЛУГ	10
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	29
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ	30
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	35
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	36
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	44
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ	55

ВСТУП

Актуальність роботи. Особи, які приймають рішення, все частіше стикаються з проблемою узгодження зростаючого попиту на послуги охорони здоров'я з наявними коштами. Економісти стверджують, що досягнення (більшої) ефективності використання обмежених ресурсів повинно бути основним критерієм для визначення пріоритетів [58].

У світі розглядаються три концепції ефективності: технічна, продуктивна та розподільча. Ефективність вимірює, чи використовуються ресурси охорони здоров'я для отримання найкращого співвідношення ціни та якості [59].

Охорону здоров'я можна розглядати як проміжний продукт, тобто як засіб для досягнення мети – покращення здоров'я населення. Ефективність пов'язана зі співвідношенням між вхідними ресурсами (витратами у формі праці, капіталу або обладнання) і проміжними результатами (кількістю пролікованих, часом очікування тощо) або кінцевими результатами для здоров'я (врятованими життями, отриманими роками життя, роками життя, скоригованими на якість. Хоча багато оцінок використовують проміжні результати як міру ефективності, це може призвести до неоптимальних рекомендацій. В ідеалі економічні оцінки повинні зосереджуватися на кінцевих результатах для здоров'я [60].

Прийняття критерію економічної ефективності означає, що суспільство робить вибір, який максимізує результати для здоров'я, отримані за рахунок ресурсів, виділених на охорону здоров'я [61].

Неефективність існує тоді, коли ресурси можуть бути перерозподілені таким чином, щоб збільшити отримані результати для здоров'я.

Технічна ефективність. Відноситься до фізичного зв'язку між ресурсами (капіталом і працею) і результатами в сфері охорони здоров'я. Технічно ефективна позиція досягається тоді, коли максимально можливе поліпшення результату досягається за рахунок певного набору вхідних ресурсів. Втручання є технічно неефективним, якщо такий самий (або більший) результат можна досягти з меншими витратами одного з видів ресурсів. Розглянемо лікування

остеопорозу за допомогою алендронату. Нещодавнє рандомізоване дослідження показало, що добова доза 10 мг була такою ж ефективною, як і доза 20 мг. Менша доза є технічно більш ефективною [62].

Продуктивна ефективність. Технічна ефективність, однак, не може безпосередньо порівнювати альтернативні втручання, коли одне втручання забезпечує такий самий (або кращий) результат для здоров'я, використовуючи менше (або більше) одного ресурсу і більше іншого. Розглянемо, наприклад, політику переходу від скринінгу віку матері до біохімічного скринінгу на синдром Дауна. Біохімічний скринінг використовує менше амніоцентезів, але вимагає використання іншого ресурсу – біохімічного тестування [63].

Оскільки використовуються різні комбінації ресурсів, вибір між втручаннями ґрунтується на відносній вартості цих різних ресурсів. Поняття продуктивної ефективності означає максимізацію результату для здоров'я при заданих витратах або мінімізацію витрат при заданому результаті. Якщо сума витрат на нову програму біохімічного скринінгу є меншою або такою ж, як на програму скринінгу материнського віку, а результати є рівними або кращими, то програма біохімічного скринінгу є продуктивно ефективною по відношенню до програми скринінгу материнського віку. У сфері охорони здоров'я продуктивна ефективність дає змогу оцінити відносне співвідношення ціни та якості втручань з безпосередньо порівнянними результатами. Вона не може враховувати вплив перерозподілу ресурсів на більш широкому рівні – наприклад, від геріатричної допомоги до психічних захворювань – оскільки результати для здоров'я є непорівнянними.

Ефективність розподілу ресурсів. Для обґрунтування рішень щодо розподілу ресурсів у цьому ширшому контексті необхідний глобальний показник ефективності. Концепція ефективності розподілу ресурсів враховує не лише виробничу ефективність, з якою ресурси охорони здоров'я використовуються для досягнення результатів у сфері охорони здоров'я, але й ефективність, з якою ці результати розподіляються серед населення. Така суспільна перспектива ґрунтується на економіці добробуту і має вплив на

визначення альтернативних витрат. Теоретично, ефективна модель використання ресурсів є такою, що будь-яка альтернативна модель погіршує становище принаймні однієї людини. На практиці суворе дотримання цього критерію виявилось неможливим. Крім того, цей критерій виключає неефективні зміни, які призводять до того, що багатьом людям стає набагато краще за рахунок того, що деяким дещо погіршується становище. Отже, було адаптовано наступне правило прийняття рішень: алокативна ефективність досягається тоді, коли ресурси розподіляються таким чином, щоб максимізувати добробут громади [64].

Так, технічна ефективність вирішує питання використання наявних ресурсів з максимальною вигодою; продуктивна ефективність полягає у виборі різних комбінацій ресурсів для досягнення максимальної користі для здоров'я при заданих витратах; а розподільча ефективність – у досягненні правильного поєднання програм охорони здоров'я для максимального покращення здоров'я суспільства. Хоча виробнича ефективність передбачає технічну ефективність, а ефективність розподілу ресурсів – виробничу ефективність, жоден з цих висновків не є обов'язковим. В умовах обмежених ресурсів концепція продуктивної ефективності виключає деякі технічно ефективні комбінації використання ресурсів як «неефективні», а концепція розподільчої ефективності виключає деякі продуктивно ефективні розподіли ресурсів.

Таким чином, тема кваліфікаційної роботи є особливо актуальною для оцінки діяльності системи охорони здоров'я України в плані її ефективності при використанні наявних ресурсів медичної сфери, що викликало необхідність даного дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження теоретичних та методологічних основ управління економічною ефективністю надання медичної допомоги послуг та обґрунтувати шляхи для підвищення її показників в Україні.

Об'єктом є процес формування та реалізації економічної політики держави для піднесення індикаторів ефективності галузі охорони здоров'я.

Предметом нашого дослідження є поєднання теоретико-методологічних та науково-прикладних аспектів удосконалення механізмів державного регулювання економічної ефективності сфери охорони здоров'я України.

Завданнями дослідження є:

- визначення історичної еволюції концептуальної основи політики держави щодо економічної ефективності охорони здоров'я;
- дослідження теоретичних та методологічних механізмів, інструментів впливу на державного регулювання економічної ефективності медичної допомоги;
- аналіз пріоритетних проблем економічної ефективності охорони здоров'я держав світу та України;
- визначення ролі державного адміністрування у процесах визначення індикаторів економічної ефективності надання медичної допомоги;
- обґрунтування та пропозиція напрямів модернізації публічного управління у підвищенні доступності, якості, економічної ефективності та результативності під час створення та надання медичних послуг;

Елементами наукової новизни представленого дослідження є спроба визначити пріоритетні напрями побудови ефективної моделі оцінки економічної ефективності при наданні медичної допомоги політики України.

Методи дослідження. В кваліфікаційній роботі були використані системні підходи до дослідження і моніторингу теоретико-методологічних та прикладних питань модернізації економічної політики та механізмів державного регулювання економічної ефективності в охороні здоров'я. Для більш повного і системного розкриття актуальних проблем регуляторних дій держави застосовувались інструменти аналогії, діалектики, аналізу, порівняння, експерименту, єдності логічного і історичного. В кваліфікаційній роботі було поєднано загальнонаукові та спеціальні методики оцінки результативності дій уряду за допомогою наукового абстрагування, монографічного підходу, використання бібліографічних даних, структурно-логічні, індуктивні і дедуктивні інструменти аналізу економіки тощо.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи доповідались на трьох науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті, що найшло відображення в трьох наукових публікаціях.

Обсяг і структура. Кваліфікаційну роботу викладено на 53 сторінках. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку 68 використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПОСЛУГ

Сучасний розвиток України як демократичної держави, зміни в суспільстві вимагають формування нових підходів до управління в усіх сферах життєдіяльності країни, в тому числі і в сфері охорони здоров'я. Охорона здоров'я на сьогоднішній день є одним із пріоритетних напрямків діяльності держави.

Особливістю проблеми державної політики у сфері охорони здоров'я є її комплексний підхід, системність, загальний характер, що зумовлено зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до посилення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я, що посилюються в сучасному світі. Тому аналіз проблем стратегії державної політики щодо реорганізації системи охорони здоров'я передбачає розгляд усіх державних механізмів, задіяних у процесі сучасних перетворень та реалій, що впливають на діяльність галузі.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я визнана як на державному рівні, так і на рівні галузі. Одним із пріоритетів державної політики України є збереження та зміцнення здоров'я нації на засадах здорового способу життя формування та підвищення доступності та якості медичної допомоги [68].

68. Modern problems of health care system of Ukraine (analytical literature review). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014, № 3 (61).

Державне управління поряд зі своїми формами, ознаками, принципами, завданнями, утримує в собі потребу публічного управління умовлену необхідністю його якісного здійснення, що є спрямованим на результативний вжиток наявних ресурсів та забезпечення свобод і прав людини. Саме значення цільової лінії державного управління важить закономірність поступу до

найвищих наслідків при мінімальному застосуванні фізичних, трудових, фінансових засобів тощо [65, 66].

Ефективність – це використання ресурсів таким чином, щоб оптимізувати бажані результати. Ефективність системи охорони здоров'я є пріоритетним питанням для політиків у всьому світі, оскільки країни прагнуть досягти загального охоплення послугами охорони здоров'я і стикаються з додатковою проблемою старіння населення. Аналіз ефективності в секторі охорони здоров'я, як правило, зосереджується на ефективності медичних закладів (лікарень, закладів первинної медичної допомоги), і лише деякі дослідження зосереджуються на ефективності на рівні системи (національному або субнаціональному) [1].

Ефективність системи охорони здоров'я – це співставлення наслідків діяльності системи медичного сервісу, такого як огляд лікарів, відносна вартість чи наслідки лікування, з вхідними ресурсами, такими як витрати, час або матеріали. Ефективність може бути визначена як співвідношення наслідків до майнових, фінансових, часових та інших витрат чи як співставлення з якнайкращою продуктивністю використовуючи стохастичний граничний аналіз або аналіз оболонки показників. Інший варіант існує в тому, щоб розглянути час затримки і час затримки між замовленням на лікування і завершенням роботи, а також заявлені досягнення по відношенню до оціночних намагань.

Узагальнений індикатор ефективності в його обчислюванні утруднюється складністю порівнянності наслідків. Відтак, коли госпиталь А виписує 100 осіб за середньою вартістю \$8000, а інший Б – 100 осіб за \$7000, можна припустити, що лікарня Б є більш ефективною, але лікарня Б може виписувати пацієнтів з гіршим станом здоров'я, які потребуватимуть повторної госпіталізації, що призведе до вищих чистих витрат на лікування.

Ефективність системи охорони здоров'я є пріоритетним питанням для політиків у всьому світі в умовах зростаючих витрат на систему охорони здоров'я [2,3].

Досягнення ефективності демонструє належне управління шляхом раціонального використання наявних ресурсів та усунення марнотратства.

Це також стимулює готовність урядів і громадян виділяти ресурси на забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я [4].

Підвищення ефективності визнано бажаною метою системи охорони здоров'я [5] і проміжною метою політики фінансування охорони здоров'я, яка сприяє досягненню цілей системи охорони здоров'я [6]. Це також основний критерій для визначення пріоритетів особами, які приймають рішення [7].

Враховуючи обмеженість ресурсів охорони здоров'я, вкрай важливо, щоб системи охорони здоров'я як у країнах з високим рівнем доходу (ВРД), так і в країнах з низьким та середнім рівнем доходу (СНД) орієнтували свою діяльність на ефективне використання ресурсів для оптимізації досягнення поставлених цілей системи охорони здоров'я та сприяння фінансовій стійкості в довгостроковій перспективі на шляху до ВУЗ [3].

Ефективність – це ступінь досягнення цілей системи з урахуванням ресурсів, інвестованих в систему [1]. Розрізняють два види ефективності: технічну та ефективність розподілу ресурсів [8].

Технічна ефективність (TE) досягається тоді, коли ресурси розподіляються таким чином, що результати максимізуються при заданому рівні витрат, або витрати мінімізуються при заданому рівні результатів [9].

Ефективність розподілу ресурсів (ER) досягається тоді, коли ресурси розподіляються таким чином, щоб максимізувати обсяги виробництва при заданому рівні витрат на ресурси або мінімізувати витрати на ресурси при заданому обсязі виробництва [9]. Ефективність розподілу та технічна ефективність разом складають «загальну» ефективність системи. Продуктивність, поняття, пов'язане з ефективністю, але відмінне від неї, означає відношення обсягів виробництва до обсягів вкладених ресурсів у виробничій системі. Хоча це джерело зосереджується саме на ефективності систем охорони здоров'я, а не на продуктивності [10].

За оцінками, 20-40% витрат на системи охорони здоров'я в усьому світі витрачаються неефективно. Така неефективність призводить до виснаження ресурсів у секторі охорони здоров'я та перешкоджає прогресу на шляху до ВНС [11].

Хоча залучення додаткових ресурсів на охорону здоров'я має вирішальне значення, покращення використання наявних ресурсів у секторі охорони здоров'я дехто вважає однією з перспективних стратегій розширення фіскального простору для охорони здоров'я [12,13].

Це важливо як для країн з низьким та середнім рівнем доходу, які стикаються з обмеженими фінансовими можливостями через скорочення донорської підтримки, так і для країн з високим рівнем доходу, оскільки старіння населення збільшує потребу в ресурсах у секторі охорони здоров'я.

Таким чином, вимірювання ефективності є ключовим аспектом оцінки роботи системи охорони здоров'я. Воно вимагає визначення меж об'єкта дослідження, починаючи з мікро- (рівень «постачальник-пацієнт»), мезо- (організаційний) і закінчуючи макро- (національний або глобальний) рівнями системи охорони здоров'я [14].

Обраний рівень аналізу повинен відображати суб'єкт, який буде нести відповідальність за рівень ефективності, визначений в результаті аналізу [4]. Ефективність все частіше оцінюється в охороні здоров'я, але більшість з цих досліджень аналізують ефективність на мезорівні системи охорони здоров'я за участю організацій охорони здоров'я (таких як лікарні та медичні центри) [4, 10, 15], менша кількість – на національному або субнаціональному рівні [10].

Розуміння ефективності в системі охорони здоров'я та пов'язаних з нею ресурсів, результатів і детермінант ефективності може вплинути на формулювання політики та прийняття управлінських рішень [4]. Цей огляд літератури має на меті узагальнити існуючі емпіричні дані щодо ефективності на рівні системи охорони здоров'я (національному та субнаціональному, а не на рівні медичного закладу), щоб покращити розуміння концептуалізації та детермінант ефективності системи охорони здоров'я.

Попередні огляди ефективності систем охорони здоров'я були зосереджені або на методах, що використовувалися в аналізі [16-19],

У цьому дослідженні представлено систематичний огляд емпіричних обстежень, які вивчали ефективність національних або субнаціональних систем охорони здоров'я. Результати показують, що було більше публікацій з країн з високим і вище середнього рівнем доходу, ніж з країн з низьким і нижче середнього рівнем доходу. Одним із факторів, який міг цьому сприяти, є наявність багатих даних про країни з високим рівнем доходу, наприклад, даних ОЕСР та ЄС, а також баз даних обсерваторій систем охорони здоров'я. Це підкреслює важливість ЛМР для країн з високим рівнем доходу. Це зумовлює необхідність для країн з низьким рівнем доходу створити механізми для збору та обробки даних про системи охорони здоров'я, які можна було б використовувати для моніторингу ефективності роботи систем охорони здоров'я.

У всіх виявлених дослідженнях оцінювалася технічна ефективність та її детермінанти і використовувалися кількісні підходи, за винятком п'яти досліджень, в яких застосовувалися якісні підходи, і трьох досліджень, в яких використовувалися змішані методи і ефективність розглядалася ширше (за межами технічної). Хоча кількісні підходи дозволили кількісно оцінити рівень і детермінанти ефективності системи охорони здоров'я, вони не дали уявлення про механізми, за допомогою яких детермінанти взаємодіють з технічною ефективністю систем охорони здоров'я. Кількісні підходи також обмежувалися оцінкою факторів, що піддаються кількісній оцінці (як правило, апаратного забезпечення системи охорони здоров'я), і не враховували не кількісні, програмні аспекти систем охорони здоров'я. З іншого боку, якісні підходи надають більше інформації про те, як певні фактори можуть впливати на ефективність системи охорони здоров'я. Вони також визначили детермінанти ефективності, які важко піддаються кількісній оцінці – програмні фактори, такі як роль лідерства і практики управління, а також координація в секторі охорони здоров'я. Це підкреслює необхідність застосування змішаних підходів, які включають

використання якісних методів для проведення поглибленої оцінки взаємодії факторів, що визначають ефективність системи охорони здоров'я.

Хоча в дослідженнях використовувався цілий ряд вхідних даних, в основному це були структурні елементи систем охорони здоров'я, фактори ризику для здоров'я та соціальні детермінанти здоров'я. Загальним обґрунтуванням використання конкретних вхідних і вихідних даних в аналізі ефективності було те, що вони були використані в аналогічному аналізі в інших умовах і за наявності даних. Цей висновок подібний до результатів оглядового аналізу ефективності систем первинної медичної допомоги [10]. Обмеженням такого підходу до вибору вхідних/вихідних даних є ймовірність того, що обрані вхідні/вихідні дані можуть бути неактуальними та непридатними для характеристики конкретних систем охорони здоров'я. Необхідно вивчити можливість залучення осіб, які приймають рішення в системі охорони здоров'я, та виконавців в конкретних умовах, щоб зрозуміти їх системи охорони здоров'я і визначити відповідні до контексту вхідні та вихідні дані для аналізу ефективності. Такі зусилля вимагатимуть зміцнення систем даних для моніторингу та оцінки ефективності систем охорони здоров'я в конкретних контекстах і будуть слугувати інформаційною основою для таких зусиль.

Висновки щодо факторів, які визначають ефективність систем охорони здоров'я, висвітлюють кілька питань. По-перше, ефективність національної та субнаціональних систем охорони здоров'я частково визначається факторами, на які нелегко впливати тим, хто формує політику в галузі охорони здоров'я. Ширші контекстуальні фактори, такі як демографічні, соціально-економічні, макроекономічні, управлінські та політичні характеристики національної та субнаціональної одиниці, перебувають поза контролем політиків, які формують політику в галузі охорони здоров'я, на рівні окремих осіб та домогосподарств. Це підкреслює той факт, що системи охорони здоров'я є частиною суспільства в цілому і зазнають впливу з боку суспільства, яке формує їхній контекст, що зумовлює потребу країн у посиленні міжсекторальної координації та підходів до охорони здоров'я [20, 21].

По-друге, на ефективність національних і субнаціональних систем охорони здоров'я також впливає загальний стан здоров'я і благополуччя населення. Це зумовлює необхідність для політиків у сфері охорони здоров'я визначати пріоритетність інвестицій у профілактичні та оздоровчі заходи, які знижують ризик захворювань, а також у лікування хронічних станів, щоб зменшити їхнє навантаження на системи охорони здоров'я. Реформи системи охорони здоров'я, спрямовані на підвищення ефективності, повинні не тільки зосереджуватися на оптимізації функцій системи охорони здоров'я з надання допомоги хворим, але й надавати пріоритет втручанням, спрямованим на профілактику та зміцнення здоров'я і благополуччя населення. Інвестиції у профілактичні та оздоровчі заходи є економічно ефективними [22], а пріоритетність профілактики та зміцнення здоров'я була визначена як захід, що підвищує ефективність, у Доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі за 2010 рік [23].

Нарешті, організація системи охорони здоров'я пропонує кілька політичних важелів для підвищення ефективності національних і субнаціональних систем охорони здоров'я. Ці фактори є ключовими, оскільки вони знаходяться під безпосереднім контролем керівників систем охорони здоров'я та політиків і можуть бути використані для підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Щодо управління охороною здоров'я, слід розглянути питання посилення лідерства та управління в секторі охорони здоров'я, покращення координації в секторі охорони здоров'я, а також міжсекторальної координації, децентралізації функцій охорони здоров'я, а також запровадження/посилення регулювання діяльності медичних працівників та витрат/ціноутворення на медичні послуги. Ці висновки перегукуються з результатами інших досліджень. Наприклад, огляд 10 тематичних досліджень ефективності систем охорони здоров'я показав, що посилення регулювання сектору охорони здоров'я, ціноутворення на фармацевтичні препарати та покращення координації донорської допомоги підвищило ефективність систем охорони здоров'я країн [24].

Що стосується фінансування охорони здоров'я, то заходи включають розширення механізмів передоплати за медичні послуги та зниження рівня готівкових платежів. Реформи закупівель та управління державними фінансами (УДФ), які включають визначення науково обґрунтованих, економічно ефективних пакетів послуг, реформування платіжних систем з метою переходу до перспективних механізмів оплати, посилення виконання бюджету та гнучкості бюджетів, пряму оплату постачальників медичних послуг (для покращення автономії постачальників та потоків коштів), автономію медичних закладів та забезпечення вибору пацієнтами постачальників медичних послуг, можуть сприяти підвищенню ефективності систем охорони здоров'я. Дослідники виявили, що впровадження науково обґрунтованих пакетів послуг підвищило ефективність системи охорони здоров'я в Чилі та Уругваї, тоді як розширення охоплення населення системами передоплати сприяло підвищенню ефективності в Мексиці [25].

Що стосується матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я, то ключовими є інвестиції в достатню кількість медичних працівників, товарів медичного призначення та інфраструктуру охорони здоров'я, а також заходи, спрямовані на забезпечення справедливості (в тому числі географічної) в їх розподілі та доступі. Оптимальне поєднання ресурсів системи охорони здоров'я було визначено в інших дослідженнях як фактор підвищення ефективності. Що стосується надання послуг, то варіанти політики включають переорієнтацію систем охорони здоров'я з метою надання пріоритету первинній медико-санітарній допомозі та зміцнення систем охорони здоров'я на рівні громад, а також зміцнення систем перенаправлення та утримання пацієнтів у стаціонарі. Інвестиції необхідні для підтримки медичної допомоги на всіх рівнях, наприклад, збільшення фінансування ПМД, охоплення базових послуг, надання пріоритету медичним працівникам, які надають первинну медичну допомогу. В Ефіопії інвестиції в медичних працівників, які надавали медичні послуги на рівні громад населенню, підвищили ефективність системи охорони здоров'я завдяки покращенню доступу до первинної медичної допомоги [25].

Крім того, слід розглянути втручання, спрямовані на підвищення якості медичної допомоги та обмеження надмірного надання непотрібної медичної допомоги. У звіті ВООЗ про десять основних причин зниження ефективності наведено приклади, які включають неналежну госпіталізацію, медичні помилки та надмірне використання обладнання, досліджень і процедур. Крім того, в Китаї було виявлено, що запровадження переліку основних лікарських засобів, яким керуються при закупівлі ліків, сприяє підвищенню ефективності.

Однак варіанти політики повинні відповідати контексту і розглядатися з точки зору всієї системи, враховуючи, що політичні реформи підвищують ефективність лише тоді, коли вони впроваджуються в політичному середовищі, з яким вони узгоджуються або є узгодженими. Наприклад, хоча підвищення рівня фінансування сектору охорони здоров'я може підвищити ефективність, це повинно супроводжуватися реформами, спрямованими на запобігання надмірному наданню непотрібній допомозі або зростанню цін. Хоча контроль з боку надавачів первинної медичної допомоги може підвищити ефективність системи охорони здоров'я в контексті належної доступності та якості послуг вторинної медичної допомоги, а також контролю, який запобігає непотрібним направленням. Крім того, розподіл витрат, як видається, підвищує ефективність у контексті адекватних механізмів фінансування охорони здоров'я на основі передоплати. Тому політичні заходи мають бути адаптовані до конкретних умов.

Потенційним обмеженням цього огляду є ймовірність пропуску ключової літератури, оскільки ми проводили пошук лише у двох базах даних. Крім того, цей огляд представляє якісну оцінку детермінант ефективності, а не кількісну оцінку їхнього впливу. Тому подальші дослідження можуть включати мета-аналіз впливу інтервенцій на ефективність системи охорони здоров'я.

Ефективність надання медичної допомоги та послуг нерозривно пов'язана з якістю життя та загальним добробутом населення. Економіка добробуту вивчає, як розподіл ресурсів і благ впливає на суспільний добробут. Це безпосередньо пов'язано з вивченням економічної ефективності та розподілу

доходів, а також того, як ці два фактори впливають на загальний добробут людей в економіці.

З практичної точки зору, економісти добробуту прагнуть надати інструменти, які допоможуть спрямувати державну політику на досягнення позитивних соціальних та економічних результатів для всього суспільства. Однак економіка добробуту є суб'єктивним дослідженням, яке значною мірою залежить від обраних припущень щодо того, як можна визначити, виміряти та порівняти добробут для окремих осіб та суспільства в цілому [26].

Національна служба охорони здоров'я (НСЗ) є важливою частиною країни для покращення здоров'я та життя її громадян [27, 28].

НСЗ сприяє збільшенню тривалості та поліпшенню якості життя населення і дозволяє краще контролювати рівень смертності від різних захворювань. Крім того, вона є ключовим елементом у забезпеченні соціальної справедливості та підвищенні ефективності економіки країни. Менеджери охорони здоров'я стикаються зі значними викликами, такими як зростаючий попит на послуги вищої якості, збільшення тривалості життя, що призводить до старіння населення, зростання витрат у зв'язку з розвитком медичних технологій, а також обмеженість і дефіцит ресурсів, особливо в результаті економічної кризи [29 – 31].

Сьогодні необхідно також враховувати вплив пандемії covid-19, яка ще більше ускладнює ситуацію [32].

Якість функціонування НСЗ відрізняється залежно від країни та географічного регіону [33, 34].

Важливо демонструвати сильні сторони нсз, виявляти її слабкі сторони та надавати корисну інформацію для лікарів, адміністраторів, політиків і громадян. Контроль за медичними процедурами, протоколи дій, управління витратами та розподіл ресурсів мають бути проаналізовані з суто медичної та управлінської точки зору. Пандемія covid-19 продемонструвала, як відмінності в управлінні призводять до дуже різних результатів у сфері охорони здоров'я [35, 36].

У той час як деякі системи охорони здоров'я змогли ефективно впоратися з ситуацією, інші в найскладніші часи зазнали значного колапсу, що призвело до підвищення смертності, більш негативних наслідків для тих, хто вижив, і поглиблення економічної кризи. Добробут і здоров'я населення має бути першочерговим завданням кожної країни. Крім того, управління ресурсами охорони здоров'я має важливе значення для зменшення нерівності у стані здоров'я населення та забезпечення стабільної і міцної економіки.

Ця дослідницька тема сприяла отриманню емпіричних даних у сфері управління охороною здоров'я, а також знань для підвищення ефективності НСЗ і добробуту населення країни завдяки дослідженням, проведеним по всьому світу, зокрема в Китаї, Японії, США та Європі.

Виявлено просторові та часові відмінності в ефективності витрат на охорону здоров'я в Китаї на тлі пандемії covid-19. Вони використовували мета-межовий аналіз оболонки даних (dea) на основі кількості медичних працівників та ліжок у медичних закладах, а також бюджетних видатків на охорону здоров'я на душу населення як вхідних змінних, а ВВП та очікуваної тривалості життя – як вихідних змінних. Результати показують велику різницю між східними і західними регіонами Китаю, причому перші мають найбільш ефективний технічний рівень ефективності.

Дослідники оцінили ефективність єдиної системи охорони здоров'я в Китаї, використовуючи аналіз мета-межі не радіальної спрямованої функції відстані. Кількість медичних працівників і ліжок були використані як вхідні дані, а кількість амбулаторних і стаціонарних відвідувань, а також рівень материнської, перинатальної та інфекційної смертності – як вихідні дані. Автори визначили, як ефективність пов'язана з технологічним прогресом: більш технологічно розвинені регіони мають більш розвинену систему охорони здоров'я. Крім того, менш розвинені регіони йдуть шляхом більш розвинених регіонів, щоб зменшити розрив у ефективності.

Наукові огляди використовуючи двоступеневу мережеву модель DEA, показали, як зросла ефективність китайської системи охорони здоров'я, але

також і те, що існують помітні відмінності між різними регіонами. Факторами, які найбільше впливають на ефективність, є економічний розвиток, фінансова децентралізація та коефіцієнт залежності від людей похилого віку. Ефективність можна підвищити шляхом створення механізмів розподілу ресурсів і формування медичних альянсів між найбільш і найменш ефективними регіонами. Уряди повинні заохочувати технологічні інновації в медичній сфері, а також збільшувати технічні медичні дослідження. Важливо також впроваджувати навчальні програми, спрямовані на підвищення кваліфікації медичного персоналу, подальше навчання лікарів-резидентів і підвищення медичної грамотності населення.

Учені проаналізували ефективність китайських повітових лікарень на основі DEA та якісного порівняльного аналізу з використанням нечітких множин. Ефективність визначається поєднанням багатьох факторів. У цьому сенсі досягнення ефективності вимагає структурної оптимізації, зміцнення потенціалу та державної підтримки. І навпаки, неефективність визначається недостатніми потужностями, агресивною експансією та поганим прийняттям рішень.

Досліджено приклад Китаю і підкреслено важку роботу, яку виконують сільські лікарі в країнах, що розвиваються, і яка часто призводить до професійного вигорання та намірів звільнитися з роботи. Уряди повинні розробити політику для поліпшення становища цих лікарів, наприклад, зменшити їхнє робоче навантаження шляхом найму більшої кількості лікарів, підготовки студентів для цієї специфічної посади і поліпшення суворих умов праці.

Тривалість життя можна вважати фундаментальною детермінантою добробуту. Тому вона є критично важливим елементом державної політики, спрямованої на досягнення Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй. Однак очікувана тривалість життя значно відрізняється між країнами, а також між регіонами в межах однієї країни. У цьому контексті виявили нерівність у регіональному добробуті, що виникає внаслідок політики

державних витрат на охорону здоров'я в Іспанії. По-перше, використовуючи модель PLS-SEM, автори показали, як витрати на охорону здоров'я мають вирішальний вплив на добробут населення, що вимірюється тривалістю життя. По-друге, на основі ієрархічного кластерного аналізу та аналізу головних компонент вони встановили чіткий поділ країни на регіони відповідно до загального стану здоров'я їхніх громадян, а також базових витрат. Таким чином, політика державних витрат на охорону здоров'я має значення навіть у межах однієї країни і є вирішальною для добробуту громадян.

Учені показали позитивний вплив економічної свободи та освіти на тривалість життя в нових країнах-членах ЄС. Економічна свобода призводить до створення адекватних правових структур, здорової монетарної та фіскальної політики, фінансового розвитку, лібералізації торгівлі, інновацій та конкурентоспроможності, що означає вищий рівень добробуту. Крім того, більш освічені люди більш схильні до здорового способу життя і мають більший доступ до більш високооплачуваної роботи, що дозволяє їм користуватися більш якісними послугами охорони здоров'я. Аналізуючи приклад Китаю, встановили, що фіскальна політика є фундаментальним макроекономічним інструментом для стимулювання економічного розвитку, особливо під час кризових ситуацій, таких як та, що виникла внаслідок пандемії COVID-19. Експансіоністська політика бюджетних видатків не змогла впоратися з кризою, а ефективність фіскальної політики, що базується на доходах, виявилася набагато вищою.

Проаналізовано літературу про Закон щодо доступного медичного обслуговування в США, відомий як Obamacare. Цей закон мав на меті надати всім громадянам США доступ до медичних послуг у той час, коли більшість з них надавалися приватним сектором, що стало зміною менталітету країни в бік безкоштовної та універсальної охорони здоров'я. Це була значна реформа, що мала правові, політичні, економічні, адміністративні та медичні наслідки і призвела до значного прогресу в профілактиці та лікуванні хвороб. Однак Юда, досліджуючи Японію, продемонстрував, що безкоштовна охорона здоров'я

тягне за собою надмірне використання державних медичних послуг, яке можна пом'якшити, запровадивши систему співоплати.

З іншого боку, вчені, оцінюючи програму боротьби з гіпертонією в Китаї, показали, наскільки ефективними виявилися державні програми профілактики, контролю та лікування певних захворювань. У цьому ж ключі у дослідженні цукрового діабету в різних європейських системах охорони здоров'я показано, як підвищення обізнаності населення про цю хворобу, а також вдосконалення національних планів охорони здоров'я можуть поліпшити якість життя пацієнтів, впливаючи на управління хворобою і витрати на охорону здоров'я. Необхідно також враховувати мультиплікативний ефект конкретних профілактичних кампаній.

Наприклад, розглядаючи прямий зв'язок між певними психопатологіями та підвищеним рівнем куріння, показано, що кампанії, спрямовані на профілактику психічних захворювань, можуть зменшити споживання тютюну серед пацієнтів. Нарешті, в дослідженні, проведеному щодо цукрового діабету в Іспанії, стало зрозуміло, як доступ до інформаційно-комунікаційних технологій розглядається як соціальна детермінанта здоров'я, оскільки він може породжувати нерівність у доступі до інформації та послуг охорони здоров'я [37].

Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я забезпечує доступ до високоякісних медичних послуг для всіх; це неминуче вимагатиме від урядів пошуку додаткових бюджетних ресурсів, а отже, збільшення фіскального простору для охорони здоров'я. Існує низка способів збільшення ресурсів сектору охорони здоров'я, таких як мобілізація додаткових внутрішніх ресурсів, коли макроекономічні умови внутрішніх ресурсів за сприятливих макроекономічних умов, підвищення пріоритетності охорони здоров'я в державному бюджеті або покладання на донорську допомогу, останнім часом увага приділяється підвищенню ефективності використання ресурсів охорони здоров'я.

Використання ресурсів охорони здоров'я.

Частково це пов'язано з тим, що країни все частіше змушені стримувати зростання витрат на охорону здоров'я внаслідок швидкого старіння населення, зростання тягаря неінфекційних і супутніх станів, технологічного прогресу та зростаючих очікувань населення [38].

Крім того, фіскальні кризи в розвинених країнах і надмірно розгалужена система державного управління в країнах з низьким і середнім рівнем доходу роблять ефективність надання медичних послуг нагальною проблемою в усьому світі.

Як підкреслюється у всесвітньому звіті про стан охорони здоров'я за 2010 рік, ефективність має вирішальне значення для сталого розвитку: прогрес на шляху до всезагального охоплення послугами охорони здоров'я ефективності має вирішальне значення для стійкості: прогрес у досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я вимагатиме не лише більших коштів на охорону здоров'я, але й більшої віддачі від них. У доповіді 2010 року було підраховано, що 20-40% усіх ресурсів, які витрачаються на охорону здоров'я, витрачаються даремно. У звіті визначено 10 основних джерел неефективності систем охорони здоров'я. Наприклад, величезна неефективність спостерігається у використанні лікарських засобів, з недостатнім використанням непатентованих ліків на користь високомаржинальних, прибуткових препаратів, неадекватними та неефективними рецепти, а також неякісні або контрафактні продукти. Неадекватне, дороге поєднання медичних працівників, інфраструктури та послуг охорони здоров'я, які не відповідають потребам населення, є іншими джерелами неефективності.

Відсутність альтернативних закладів довготривалого догляду може призвести до тривалого перебування в лікарні та утримання дорогої стаціонарної допомоги. Обмежена прозорість, підзвітність та відповідні схеми компенсації призводять до марнотратства, корупції та інших витоків у системі охорони здоров'я [39].

Це, однак, лише категорії, без стандартних показників причин, а рішення залежать від конкретного контексту. Системи охорони здоров'я є

неефективними різною мірою, і країни можуть проводити і проводять реформи, щоб вирішити ці проблеми. Однак їхній досвід недостатньо добре задокументований.

У продовження доповіді про стан охорони здоров'я у світі 2010 року ВООЗ замовила у 2013 році проведення тематичні дослідження по країнах з метою аналізу національних спроб підвищити ефективність за допомогою різних реформ системи охорони здоров'я та фінансування.

З регіональними бюро ВООЗ були проведені консультації з метою виявлення відповідного досвіду реформ у країнах, і цей звіт ґрунтується на результатах 10 тематичних досліджень, проведених в Африці (Ефіопія та Південна Африка), Азії (Китай та Республіка Корея) та Латинської Америки (Чилі, Сальвадор, Мексика та Уругвай), Мексика, Уругвай та Чилі). Дослідження охоплювали такі теми, як реформування системи оплати медичних послуг, організація соціального медичного страхування, відбір медичних послуг, регулювання та ціноутворення на ліки, а також підготовка та кваліфікація медичних працівників.

Метою цього звіту було описати зусилля, докладені в цих країнах для вирішення різних проблем ефективності систем охорони здоров'я, узагальнити отриманий досвід і запропонувати перспективні напрямки для політики та майбутніх досліджень.

В економіці зазвичай використовують два поняття ефективності: *ефективність розподілу* ресурсів та *технічна ефективність*. Ефективність розподілу – це розподіл ресурсів таким чином, щоб забезпечити оптимальне поєднання товарів і послуг для отримання максимальної вигоди для суспільства. Технічна ефективність – це використання найменшої кількості ресурсів або правильної комбінації ресурсів для виробництва певного набору товарів і послуг. Іншими словами, розподільча ефективність мотивується так, щоб «робити правильні речі», тоді як технічна ефективність фокусується на тому, щоб «робити речі у правильний спосіб». Слід зазначити, що аллокативна ефективність відрізняється від справедливості; жоден інший розподіл ресурсів

не може покращити становище хоча б одного індивіда, не погіршуючи становище іншого; таким чином, ситуація з ефективним розподілом ресурсів може бути несправедливою.

Ефективний розподіл ресурсів може бути несправедливим. Аналогічно, перехід від несправедливого до справедливого розподілу ресурсів може бути неоптимальним з точки зору ефективності розподілу.

У викладеному ми адаптуємо ці концепції до системи охорони здоров'я. У цій концепції ресурси, в тому числі фінансування, людські ресурси, фізична інфраструктура, ліки, медичне обладнання та інформація, використовуються для виробництва товарів і послуг у сфері охорони здоров'я. Це в кінцевому підсумку призводить до результатів, або вигод для суспільства, які включають покращення стану здоров'я, захист від фінансових ризиків та задоволення суспільства.

У цьому контексті ефективність розподілу означає, що не існує альтернативного набору товарів і послуг охорони здоров'я, який міг би підвищити кінцеві результати системи охорони здоров'я порівняно з існуючим станом; технічна ефективність означає, що не існує альтернативного використання ресурсів або поєднання ресурсів, які могли б забезпечити той самий рівень товарів і послуг за нижчою вартістю. Наприклад, якщо країна може покращити результати охорони здоров'я, перерозподіливши ресурси з лікарняної допомоги на первинну медичну допомогу, але ця країна ще не зробила цього, то ця країна ще не досягла максимальної ефективності розподілу ресурсів. Якщо країна може перерозподілити завдання між робочою силою та узгодити навички з потребами, щоб забезпечити той самий рівень амбулаторних відвідувань і госпіталізації, витрачаючи при цьому менше коштів, то ця країна ще не досягла технічної ефективності.

Набір політичних інструментів: фінансування, методи оплати послуг, організація та регулювання разом впливають на те, як ресурси розподіляються між різними товарами та послугами і як використовуються ресурси для виробництва певного набору товарів і послуг. Це інструменти, які політики

можуть використовувати для того, щоб впливати на розподіл ресурсів та технічну ефективність системи охорони здоров'я. Для цілей цієї роботи ми визначаємо фінансування як таке, що охоплює рішення про те, скільки ресурсів мобілізувати на охорону здоров'я, які механізми об'єднання ризиків використовувати, який пакет послуг надавати, а який – ні.

Механізми об'єднання ризиків, який пакет послуг прийняти, на які групи населення орієнтуватися і які інституції використовувати для управління ресурсами. Фінансування є одним з найпотужніших інструментів політики для визначення того, чи забезпечує країна доступний доступ до медичних послуг, особливо через структуру пакету послуг та адресності фінансування. Методи оплати постачальників – це способи, за допомогою яких спонсори або покупці винагороджують постачальників послуг.

Кожен метод оплати має різні стимули, які різною мірою мотивують поведінку постачальників у виборі методів лікування різною мірою мотивуючи поведінку постачальників послуг. Це впливає не лише на якість, але й на ефективність. Організація охоплює широкий спектр політики для управління та координації системи надання послуг: наприклад, чи надаються послуги лише державним сектором, чи лише державним сектором чи і державним, і приватним, чи заохочується конкуренція, чи інтегровано надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Регулювання передбачає встановлення правил, стандартів та операційних інструкцій, в рамках яких має працювати система. Сюди входить схвалення лікарських засобів, сертифікацію та акредитацію лікарень і ліцензування медичних працівників.

На сферу застосування та ефективність політичних інструментів також впливають макрофактори, такі як соціально-економічний розвиток країни, політична воля, структура управління та лідерства.

На практиці країни використовують комбінацію політичних інструментів для здійснення змін. Тематичні дослідження країн відображають цю реальність – Бурунді, Чилі, Ефіопія та Уругвай, які запровадили різні фінансові політики (наприклад, безкоштовна медична допомога, страхування та перероблений

пакет пільг) для покращення доступу до пріоритетних послуг (наприклад, пологові послуги, охорона материнства і дитинства, первинна медична допомога). Вони також запровадили політику, спрямовану на забезпечення того, щоб послуги були доступні для задоволення зростаючого попиту: Бурунді та Уругвай – шляхом стимулювання оплати за результатами, пов'язаними з наданням і якістю набору пріоритетних послуг, Ефіопія – шляхом підготовки додаткових медичних працівників на рівні громад і притягнення їх до відповідальності за надання послуг. Ефіопія – шляхом навчання додаткових працівників системи охорони здоров'я в громадах та притягнення їх до відповідальності за надання чітко визначеного пакету послуг, а Чилі – шляхом прийняття нормативно-правових актів, які вимагають від державних і приватних, що вимагає від державних і приватних постачальників пропонувати однаковий обов'язковий пакет послуг. Чилі, Мексика та Уругвай запропонували переважно фінансові реформи, пропонуючи базові та стандартизовані пакети послуг відповідно до епідеміологічного профілю населення та вартості хвороби, щоб максимізувати вигоди для здоров'я і захистити фінансові ризики з метою максимізації вигод для здоров'я та захисту фінансових ризиків. Республіка Корея змінила організацію своєї національної програми медичного страхування, об'єднавши кілька пулів ризиків в єдиний національний пул ризиків, щоб зменшити адміністративні витрати.

Тематичні дослідження Китаю, Сальвадору та Південної Африки надають приклади того, як країни вирішували проблеми в ланцюжку постачання ліків, а також у поведінці лікарів, які виписують рецепти. Китай використовує поєднання регулювання та ціноутворення, створивши програму основних лікарських засобів та зменшивши націнку на роздрібні ціни на ліки в усіх закладах первинної медичної допомоги. Сальвадор і Південна Африка поєднують регуляторні заходи та організаційні зміни для контролю над нестримним зростанням цін на ліки, щоб зробити їх доступними для населення.

Демократична Республіка Конго підтверджує свою роль у секторі охорони здоров'я шляхом кращої координації та організації фінансування від донорів.

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

Розглянуте підкреслює асиметрію доказів щодо ефективності систем охорони здоров'я між країнами з високими та низькими чи середніми доходами на душу населення, причому більшість досліджень зосереджені саме на перших. Він підкреслює необхідність проведення досліджень для розуміння рівнів і детермінант ефективності систем охорони здоров'я на системному рівні в країнах з низькими та середніми доходами. Огляд також вказує на брак досліджень ефективності, які б використовували змішані методи, включаючи якісні дослідження. Хоча стандартні кількісні підходи визначають рівень ефективності та фактори, що впливають на неї, вони не дають відповіді на питання, як і чому певні фактори впливають на ефективність систем охорони здоров'я в певних контекстах. Тому існує потреба у змішаних підходах для поглиблення розуміння ефективності та її детермінант у різних умовах. Нарешті, огляд пропонує розуміння чинників ефективності національних і субнаціональних систем охорони здоров'я, висвітлює потенційні цілі реформ, спрямованих на підвищення ефективності систем охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ

У всьому світі кожна система охорони здоров'я бореться зі зростаючими витратами, а недостатня економічна стійкість більшості систем охорони здоров'я сприяла розвитку регулювання в секторі охорони здоров'я. Ще більш важливо, щоб державні ресурси використовувалися найбільш ефективно і результативно [40, 41].

Для досягнення цих цілей необхідно досягти згоди у використуванні термінології. У реальному житті ми використовуємо терміни «ефективність» та «результативність» як взаємозамінні, а слова «результативність» та «ефективність» часто розглядаються як синоніми. Цікаво, що саме в багатьох наукових галузях нав'язане штучне тлумачення цих термінів. Словники стверджують, що ефективність, результативність та дієвість є синонімами, і вони мають багато спільних характеристик, що ускладнює їхнє розмежування. Оксфордський словник англійської мови (3 видання) дає визначення згаданих термінів:

Ефективність – це стан або якість результативності, і може використовуватися як відношення корисної роботи, виконаної машиною або в процесі, до загальної кількості витраченої енергії або прийнятого тепла; *результативність* – це ступінь, до якого щось успішно призводить до бажаного результату, а *ефективність* – це здатність виробляти бажаний або передбачуваний результат. Як бачимо, терміни дуже схожі за своїм значенням [42].

Питання полягає в тому, чи варто використовувати два слова з однаковим значенням (результативність та ефективність) для пояснення різних понять. Метою цієї роботи є чітке розмежування того, що між ефективністю та результативністю немає відмінностей у значенні. Більше того, ми пропонуємо

нові терміни, які пояснюють і показують у логічній формі чіткі відмінності в системах охорони здоров'я між процедурами або дослідженнями в ідеальних умовах і дослідженнями, які називаються прагматичними або реальними.

Ефективність, дієвість та результативність в управлінні.

Ефективність, результативність та результативність у формальних дискусіях з менеджменту набувають дуже різних значень і спочатку були поняттями промислової інженерії, які набули поширення на початку двадцятого століття. Пітер Друкер, експерт з менеджменту, у своїй книзі «Ефективний керівник» [43] розвинув ці поняття.

Ефективність – це робити «правильні» речі, наприклад, ставити правильні завдання для досягнення загальної мети (ефекту). Це ступінь досягнення запланованих результатів, цілей або завдань в результаті діяльності, втручання або ініціативи, спрямованих на досягнення бажаного ефекту, за звичайних обставин (неконтрольованих обставин, наприклад, в лабораторії).

Ефективність – це досягнення результату. Це здатність виробляти бажаний обсяг бажаного ефекту або успіх у досягненні поставленої мети [67].

Економічність – це виконання роботи в найбільш економічний спосіб. Це відношення виходу до входів будь-якої системи (хороше співвідношення входу до виходу).

Ефективність, результативність та результативність у секторі охорони здоров'я як економічні поняття були включені в сектор охорони здоров'я. Різниця між результативністю, ефективністю та ефективністю належить Арчі Кокрейну в його книзі «Результативність та ефективність: Випадкові роздуми про медичні послуги» (1972) [44]. З того часу прийнято використовувати такі терміни:

Ефективність у сфері охорони здоров'я – це здатність до позитивних змін (або терапевтичного ефекту) певного втручання (наприклад, лікарського засобу, медичного приладу, хірургічної процедури або втручання у сфері громадського здоров'я) за ідеальних або контрольованих умов.

Ефективність пов'язана з поняттям зовнішньої валідності, оскільки стосується пацієнтів, яких лікарі відвідують у своїй повсякденній практиці.

Тому основними типами досліджень, які використовуються для оцінки лікування, є обсерваційні дослідження та рандомізовані контрольовані дослідження. В останніх пацієнти розподіляються в активну або контрольну групу шляхом рандомізації. На сьогоднішній день асимілюється ефективність рандомізованих контрольованих досліджень та результативність обсерваційних досліджень [45].

Настанови здебільшого ґрунтуються на доказах, зібраних у рандомізованих контрольованих дослідженнях [46-47].

Наразі ефективність можна визначити як ступінь, до якого лікарський засіб досягає запланованого ефекту у звичайних клінічних умовах. Її можна оцінити за допомогою обсерваційних досліджень реальної практики. У дослідженнях реальної практики («як лікарський засіб працює в реальній ситуації») враховуються взаємодії з іншими лікарськими засобами та взаємодія зі станом здоров'я пацієнта. Лікування є ефективним, якщо воно працює в реальному житті в неідеальних обставинах.

Ефективність не може бути виміряна в контрольованих дослідженнях, оскільки акт включення в дослідження є спотворенням звичайної практики [48, 49].

Навпаки, обсерваційні дослідження (які зазвичай називають прагматичними, реальними, натуралістичними) не потребують рандомізації.

Тим не менш, сьогодні ми не можемо оминати поняття «доказова медицина» (evidence-based medicine). Вперше вона була розроблена Guyatt та ін. [50].

Доказова медицина – це сумлінне, чітке та обґрунтоване використання найкращих доказів та прийняття рішень щодо лікування окремих пацієнтів. Доказова медицина інтегрує клінічний досвід з найкращою доступною дослідницькою інформацією [51].

Вона класифікує різні типи клінічних доказів і ранжує їх за ступенем свободи від різних упереджень, які переслідують медичні дослідження. Однією з найбільш використовуваних шкал є Шотландська міжвузівська мережа настанов (SIGN), яка використовує код разом з типом дослідження для визначення рівня доказовості [52].

Високий рівень сили рекомендацій присвоюється рандомізованим контрольованим дослідженням з дуже низьким ризиком упередженості, а низький рівень рекомендацій відповідає обсерваційним дослідженням. Таким чином, так звані «прагматичні дослідження» або «дослідження в реальному житті» можуть бути кваліфіковані як дослідження з низьким рівнем доказовості. Це може призвести до протиріччя: найбільш ефективні дослідження будуть мати найнижчий рівень доказовості.

Ефективність як консолідована концепція в секторі охорони здоров'я – це відношення результатів до вкладених ресурсів будь-якої системи. Ефективна система або людина – це та, яка досягає вищого рівня продуктивності (результату, виходу) порівняно з витраченими ресурсами (ресурсами, часом, грошима) [53].

Історично вимірювання ефективності прийшло з інженерних наук, де потрібно було вимірювати продуктивність. Результат, як правило, відображався у фізичних одиницях на використаний ресурс. Досягнення ефективності, яка визначається як максимізація результатів, досягнутих на одиницю вкладених ресурсів, природно, становить великий інтерес для національних урядів, міжнародних донорів та інших зацікавлених сторін у секторі охорони здоров'я. Залежно від того, який тип продукту оцінюється, ми розрізняємо два типи результатів: Медичні послуги (відвідування, ліки, госпіталізація) та результати охорони здоров'я (наприклад: смертність, якій можна запобігти, функціональний стан, клінічні результати, такі як контроль артеріального тиску або рівня цукру в крові).

Показники ефективності повинні також чітко визначати вхідні ресурси, які використовуються (або будуть підраховані) для отримання результату, що

нас цікавить. Витрати можуть бути вимірні як кількість за типом (наприклад, медсестринських годин, ліжко-днів, денного запасу ліків) або вони можуть бути монетизовані (реальні або стандартизовані долари, призначені на кожен одиницю). Ми називаємо їх, відповідно, фізичними або фінансовими ресурсами [54].

Тут мається на увазі, що ефективність – це втручання або ініціатива, спрямована на досягнення бажаного ефекту за звичайних обставин (неконтрольованих обставин, як, наприклад, у лабораторії). Аналогічно, результативність – це мета, досягнута за контрольованих обставин. Як наслідок, це штучне використання робить (що не відповідає інтуїтивному значенню) те, що ми повинні знати до попередніх довільних визначень, щоб мати можливість зрозуміти медичну тему, про яку йдеться. Ми змушені знати перед цими штучними значеннями, щоб зрозуміти предмет, про який йдеться. Крім того, штучне значення, яке надає цьому терміну дієвості та ефективності, відповідає іншим ідеально каталогізованим термінам. Тобто слова, які ми шукаємо для позначення ідеальних обставин або реальних обставин, вже винайдені: стратегія і тактика [55].

Словосполучення «стратегія і тактика» має військове походження. Таким чином, термін «стратегія» означає план в ідеальній ситуації, який ще не реалізований на практиці, або план дій, розроблений для досягнення довгострокової або загальної мети. Стратегії – це ідеї та широкі підходи, які підтримують мету, детальний план досягнення успіху в таких ситуаціях, як війна, політика, бізнес, промисловість або спорт. Стратегія визначає або окреслює бажані цілі і те, чому ви повинні йти до їх досягнення. Термін «тактика» означає втілення на практиці плану, задуманого стратегією, в ідеальній ситуації. Тактика – це конкретні дії, деталі та заходи, які повинні відбутися для того, щоб стратегія була успішною. Тактика – це дії, які ви вживаєте для реалізації вашої стратегії. Ці дії включають в себе те, що має бути зроблено, в якому порядку, з використанням яких інструментів і персоналу. Коротше кажучи, стратегія – це «що» і «чому». Тактика – це як. Тому

правильніше було б визначити стратегічну ефективність/дієвість як здатність виробляти бажаний ефект, реалізований в ідеальних умовах, а тактичну ефективність/дієвість – як той самий ефект, реалізований за звичайних обставин.

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

Як бачимо, склалася низка штучних значень щодо використання ефективності, результативності та економічності, які перешкоджають розумінню цієї теми. Особливо у сфері медицини поширилося вживання цих слів у значенні, відмінному від того, яке є в реальній мові.

Ефективність буде збережена в її нинішньому визначенні як відношення виходу до входів будь-якої системи. За допомогою цих нових запропонованих термінів ми уникнемо використання менш точних термінів, які є прагматичними або такими, що проводяться в реальних умовах, для позначення певних клінічних випробувань в не дуже суворих умовах.

РОЗДІЛ 3.

ПРОПОЗИЦІЇ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Різноманітність у визначенні неефективності в різних тематичних дослідженнях ускладнює узагальнення отриманих уроків.

Типи неефективності, що розглядаються в 10 тематичних дослідженнях, є різними і не мають стандартних рамок для концептуалізації або кількісної оцінки ефективності.

Для концептуалізації або кількісної оцінки ефективності. Мало інформації повідомляється про вартість реформ: дослідження зазвичай надають лише інформацію про результати або підсумки. Незважаючи на широке розмаїття форм неефективності, різні контексти країн та спектр політичних інструментів, що використовуються для досягнення більшої ефективності в секторі охорони здоров'я, можна зробити ряд висновків і рекомендацій.

У більшості випадків підвищення ефективності системи охорони здоров'я буде складним і безперервним процесом, що вимагає ретельного планування і скоординованого загальносистемного підходу.

Пріоритетність первинної медичної допомоги.

Через більш ніж 30 років після прийняття Алма-Атинської декларації про важливість первинної медико-санітарної допомоги, основним медичним послугам знову приділяється увага. Медико-санітарних послуг приділяється все більша увага. У Бурунді, згідно з політикою безоплатної медичної допомоги 2006 року, медичні заклади профінансовано для надання безкоштовних послуг з охорони здоров'я матері і дитини дітям до 5 років та вагітним жінкам. Пізніше політика передбачала надання безкоштовних послуг з профілактики та лікування інфекційних захворювань. В Ефіопії вакцинація дітей, послуги з планування сім'ї, профілактика і лікування малярії, лікування діареї і пневмонії у дітей віком до 5 років лягли в основу програми з розширення доступу до

послуг у сфері охорони здоров'я. В Ефіопії програма підготовки працівників для задоволення попиту громади. Республіка Корея пропонує послуги з охорони здоров'я матері та дитини послуги з охорони здоров'я матері та дитини, планування сім'ї, вакцинації, профілактики інфекційних та хронічних захворювань, а також програми лікування раку. В Уругваї 12 національних програм включені до Національної інтегрованої системи охорони здоров'я, яка зосереджена на первинній медичній допомозі та профілактиці захворювань. Програми були обрані таким чином, щоб були обрані таким чином, щоб супроводжувати людей протягом усього їхнього життя з лікарем-референтом, який виявляє фактори ризику на ранніх стадіях і надає безперервну медичну допомогу.

Фактори ризику на ранніх стадіях і забезпечення безперервного догляду.

Це також підвищує ефективність надання первинної медичної допомоги. Китай і Південна Африка створили списки основних лікарських засобів, які повинні бути наявними в усіх закладах первинної медичної допомоги. Національна політика щодо наркотиків покликана, теоретично, сприяти раціональному, економічно обґрунтованому ефективному використанню лікарських засобів і забезпечувати наявність і доступність основних лікарських засобів для всіх громадян.

Узгодження фінансування та надання послуг.

Другим важливим уроком є взаємодоповнюваність політик, зокрема, узгодженість стратегій фінансування та надання послуг.

Стратегій фінансування та надання послуг. Медичне страхування є яскравим прикладом комплексного втручання, яке може мати численні загальносистемні наслідки. Автономні фінансові інтервенції, які збільшують або змінюють пакети послуг окремо від додаткових заходів з боку пропозиції, навряд чи досягнуть бажаного результату. До проведення реформ у Бурунді, Чилі та Ефіопії політики не очікували, що фізичні, людські та фінансові ресурси, які будуть потрібні для розширення послуг з охорони здоров'я. У Бурунді відбулося помітне погіршення якості медичних послуг у закладах

охорони здоров'я, що супроводжувалося частим дефіцитом ліків, виходом з ладу обладнання та низьким моральним духом персоналу.

У Чилі медичні працівники не бажали інформувати пацієнтів про їхні права за програмою AUGE, оскільки кожне AUGE збільшувало адміністративний тягар, пов'язаний з реєстрацією інформації. Нерівномірний розподіл і невідповідна кваліфікація медичних працівників в Ефіопії також призвели до низького морального духу персоналу та безлюдності медичних закладів, особливо в сільській місцевості [56].

Медична практика стикається з безліччю проблем, зокрема зростанням витрат, нестачею кадрів та дедалі складнішими вимогами пацієнтів. У таких умовах піднесення ефективності надання медичної допомоги є ключовим завданням.

Ефективне медичне обслуговування – це таке, яке забезпечує високу якість медичної допомоги при мінімальних витратах. Воно має бути доступним для всіх пацієнтів, незалежно від їхнього соціального статусу чи місця проживання.

Ефективність медичного обслуговування можна підвищити за допомогою таких заходів:

Підвищення рівня задоволеності пацієнтів. Це можна зробити, покращивши доступність медичних послуг, скоротивши час очікування на прийом та забезпечивши комфортне перебування пацієнтів у медичному закладі.

Впровадження найкращих втручань. Медичні працівники повинні бути ознайомлені із сучасними успіхами медичної науки та застосовувати ефективні методи лікування.

Організація медичного обслуговування. Медичні заклади повинні бути добре організовані, щоб забезпечити ефективний перебіг медичних процесів.

Нові комп'ютерні технології та цифровізація можуть допомогти підвищити ефективність медичного обслуговування. Вони можуть бути використані для:

- організації роботи медичного персоналу. Наприклад, цифрові медичні картки дають можливість медичним працівникам швидко отримувати інформацію про пацієнтів, що економить час та підіймає якість подання медичної допомоги;
- створення доступності медичних послуг. Наприклад, телемедицина дозволяє пацієнтам отримувати консультації лікарів дистанційно, що особливо актуально для мешканців сільської місцевості;
- покращення досвіду пацієнтів. Наприклад, додатки для пацієнтів можуть надавати інформацію про захворювання, допомагати планувати прийоми та відстежувати стан здоров'я.

Представлені тут тематичні дослідження чітко показують, що одне втручання може вплинути на ширшу систему; таким чином, дуже важливо розробляти інтервенції на основі системного підходу, в якому різні політичні інструменти узгоджуються між собою.

Досягнення бажаних результатів залежатиме від передбачення цих наслідків і планування комплексних або поетапних реформ. Наприклад, чи зможуть постачальники та медичні заклади впоратися зі збільшенням попиту після розширення медичних послуг? Чи будуть медичні працівники навчені дотримуватися нових і мінливих протоколів, і чи отримають вони компенсацію за надання додаткових послуг, особливо якщо це збільшить адміністративне навантаження на них? Чи зможе замовник контролювати виконання договорів про надання послуг з постачальниками?

Вимірювання ефективності системи охорони здоров'я.

Як видно з тематичних досліджень, «ефективність» можна трактувати широко, тому необхідна основа для вимірювання, кількісної оцінки та порівняння неефективності. Вимірювання результатів, з точки зору стану здоров'я, фінансових ризиків захисту та задоволеності громадськості, часто надається пріоритет, при цьому мало уваги приділяється витраченим ресурсам і витратам, необхідним для здійснення таких змін.

Витрати, необхідні для здійснення таких змін. Проте і те, і інше є необхідним для аналізу ефективності системи. Наприклад, якщо втручання спрямоване на підвищення ефективності розподілу ресурсів, вхідні показники можуть включати відсоток державних витрат на охорону здоров'я, що виділяється на первинну, вторинну і третинну медичну допомогу, або відсоток населення, охопленого пріоритетними втручаннями, залежно від проблеми, яку має вирішити система, наприклад, нерівномірність розподілу системи, наприклад, нерівномірний розподіл матеріальних і людських ресурсів між містом і селом, зосередженість на стаціонарному лікуванні або нерівномірний розподіл матеріальних і людських ресурсів між містом і селом, зосередженість на стаціонарній та лікувальній допомозі або менший рівень використання послуг групами з низьким рівнем доходу [57].

На противагу цьому, запровадження фінансування за результатами полегшує оцінку технічної ефективності деяких втручань, оскільки часто використовуються показники процесу, такі як відсоток лікарів, які дотримуються клінічних та найкращих практик клінічних настанов, кількість наданих консультацій з допологової допомоги, рівень абсентеїзму медичних працівників та середня кількість днів, необхідних для постановки на облік та для реєстрації препарату.

Дослідження процесу та впровадження.

Більшість інтервенцій, описаних у цьому звіті, вимірюються як окремі заходи, з акцентом на вплив, тобто чи досягнуто втручання бажаного результату. Набагато менше уваги приділяється політичному, організаційному середовищу та середовищу надання послуг, в якому вони впроваджувалися, а також обставинам, за яких результати є максимальними. Проте, ефективність розподілу ресурсів і технічна ефективність є показниками саме тих умов або процесів, за яких умов або процесів, за яких вхідні ресурси перетворюються на максимальний результат. Дослідження впровадження може надати цінну інформацію про фактори, які сприяють або перешкоджають ефективному використанню державних ресурсів у секторі охорони здоров'я, а також про

процеси, які необхідно у секторі охорони здоров'я, а також про процеси, які мають бути впроваджені. Наразі ця сфера досліджень залишається поза увагою.

Інформаційні системи та управлінський потенціал.

Підвищення прозорості та підзвітності вимагає кращої якості адміністративних даних про витрати та рутинні послуги, а також спроможності аналізувати та обробляти інформацію. Хоча контроль за цінами та обсягами сильно впливає на контроль за витратами та наданням послуг, вони є «тупими інструментами». У міру того, як спроможність і досвід органів охорони здоров'я та регуляторних органів зростають, розподіл ресурсів відповідно до потреб населення, ціноутворення, що базується на вартості, оцінці технологій охорони здоров'я та фінансування на основі результатів діяльності можуть ширше використовуватися як політичні інструменти для підвищення ефективності.

Вивчення ефективності і якості подання медичної допомоги і послуг є складним завданням, яке вимагає комплексного підходу і якщо враховувати, що основний акцент у реформі системи охорони здоров'я визначає пріоритет первинної медичної допомоги, то ми у своїй кваліфікаційній роботі зосередилися на цих двох дефініціях в аспекті саме цього виду медичної допомоги.

Ефективну модель медичної допомоги первинного рівня повинно бути добре організовано та розумно використовувати технології.

Це дасть можливість зменшити витрати та дозволити практикам приймати менше пацієнтів, щоб покрити свої витрати. Завдяки цьому лікарі зможуть проводити більше часу зі своїми пацієнтами та відчувати більший контроль над своєю роботою.

Ключовим кроком у забезпеченні якості первинної меддопомоги є вимір.

Ідеальна модель медичної допомоги первинного рівня вбудовує якісне вимірювання в усі взаємодії з пацієнтом.

Це дозволяє відстежувати прогрес пацієнтів та виявляти будь-які проблеми.

Ідеальна модель медичної допомоги має забезпечити ефективну координацію догляду між лікарями первинної медичної допомоги та лікарями-спеціалістами. Це допоможе зменшити витрати та покращити результати лікування пацієнтів. Пацієнти ідеальних медичних практик загалом повідомляють про кращий догляд, ніж пацієнти звичайних практик.

Це свідчать про те, що ідеальні моделі надання медичної допомоги утримують потенціал для покращення ефективності, доступності та якості надання медичної допомоги.

Подальша трансформація сфери охорони здоров'я у державі повинно здійснюватися з урахуванням існуючих проблем.

Основними проблемами є:

Недосконалість законодавства, що регулює функціонування ладу охорони здоров'я. Це веде до неефективного управління галуззю, а також до порушення прав пацієнтів.

Недостатнє ресурсне постачання системи охорони здоров'я. Це проявляється в недостатньому фінансуванні галузі, а також в низькому рівні оснащеності закладів охорони здоров'я.

Недоцільне вживання підручних ресурсів. Це пов'язано з недостатньою ефективністю управління галуззю, а також з корупцією.

Відсутність механізмів державного фінансування. Це призводить до нерівного доступу до медичних послуг для різних верств населення.

Недосконала організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я. Таке веде до неефективного використання ресурсів галузі.

Обмежений доступ до медпослуг затребуваної якості. Це проявляється в особливостях надання медичних послуг у сільській місцевості.

Проблема кадрового забезпечення галузі. Це пов'язано з недостатньою кількістю медичних працівників, а також з низьким рівнем їхньої кваліфікації.

Відсутність сучасної адекватної інформаційної системи. Це ускладнює управління галуззю та надання медичних послуг.

Перспективи подальших досліджень полягають у:

Подальшому моніторингу питань системи охорони здоров'я України, що уможливить визначення пріоритетних напрямів реформування галузі.

Розробці рекомендацій щодо вирішення проблемних питань галузі охорони здоров'я України, які мають бути спрямовані на підвищення ефективності управління галуззю, а також на забезпечення доступності всіх громадян України до медичних послуг високої якості.

Рекомендації щодо подолання негараздів системи охорони здоров'я України:

Покращення юридичної бази, що врегулює функціональність системи охорони здоров'я, що має створити ефективне управління галуззю, а також захист прав пацієнтів.

Збільшення обсягів коштів на галузь охорони здоров'я. Це уможливить створити належну оснащеність установ охорони здоров'я та підвищити рівень кваліфікації медичних працівників.

Впровадження ефективних механізмів управління ресурсами галузі. Це має забезпечити результативне задіяння можливих ресурсів.

Запровадження системи державного асигнування системи охорони здоров'я, що забезпечить справедливу доступність до охорони здоров'я для всіх громадян України.

Реформа організаційно-функціональна побудови системи охорони здоров'я, що зробить ефективним використання ресурсів галузі.

Розвиток надання медичних послуг у сільській місцевості. Це має забезпечити доступність до якісних медичних послуг для всіх мешканців.

Підняття кваліфікаційної здатності медичного персоналу.

Розробка та впровадження сучасної цифрової автоматизованої конструкції охорони здоров'я, що полегшить управління галуззю та надання якісних медичних послуг.

Реалізація цих рекомендацій дозволить покращити ситуацію системи охорони здоров'я України та забезпечити доступ до якісних медичних послуг для всіх громадян.

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

Запровадження новітніх технологій у медичну практику є важливим кроком на шляху до підвищення ефективності медичного обслуговування. Це допоможе забезпечити пацієнтам доступ до високоякісної медичної допомоги за розумною ціною.

Підвищення ефективності медичного обслуговування – це складне завдання, яке вимагає зусиль усіх зацікавлених сторін. Однак це завдання є важливим, оскільки від нього залежить здоров'я та добробут населення.

ВИСНОВКИ

Вивчення багатогранних аспектів ефективності і якості надання медичної допомоги і послуг, як на теоретичному, так практичному рівнях дуже далекі від завершення. Не вдаючись до подробиць зростаючого акценту на медсестринстві, перевірених стратегіях залучення лікарів, фінансових стимулів, обмін кращими практиками, бенчмаркінгу, як постійного оцінювання за еталонними показниками та його видів (внутрішній, зовнішній, функціональний, загальний, стратегічний), правової корекції визначення ефективності і якості у поточній реформі охорони здоров'я у нашій кваліфікаційній роботі ми зосередилися на цих двох дефініціях в аспекті первинної медичної допомоги, як основної ланки у ланцюгу багаторівневої медичної допомоги. А саме на тих тісно поєднаних сферах, що є найбільш важливими і болючими – ефективності і якості. Внаслідок проведеної нами роботи встановлено, що ні наукові джерела, ні практичні фактори не дають вичерпної дефініції категоріям «доступність, ефективність і якість». Тому у своїх пропозиціях ми зупиняємось на моделі ідеальної медичної практики: підвищення ефективності, якості та відносин між лікарем і пацієнтом і наводимо, на наш розсуд, практичного визначення цим поняттям.

1. Ефективність. Ефективний дизайн практики, включаючи розумне використання технологій і покращений робочий процес, зменшує потреби в персоналі та дозволяє ідеальній медичній практиці зменшити накладні витрати. Хоча накладні витрати в типовій сімейній практиці становлять приблизно 60 відсотків доходу, накладні витрати в ідеальних медичних практиках становлять у середньому майже 35 відсотків.

Через зменшення накладних витрат цим практикам потрібно приймати менше пацієнтів, щоб покрити свої витрати. Завдяки цьому лікарі можуть проводити більше часу зі своїми пацієнтами та відчувати більший контроль, а також уникають руйнівних наслідків «втоми продуктивності».

2. Доступ. В ідеальній медичній практиці кожен аспект практики розроблений відповідно до потреб пацієнта, а головною метою є покращення стосунків між лікарем і пацієнтом. Безперешкодний доступ є критично важливим компонентом. Це вимагає, щоб практики пропонували запис на прийом у той же день і були легко доступними для пацієнтів телефоном або електронною поштою.

3. Якість. Треті сторони намагаються виміряти якість нашої практики, але часто використовують підозрілі методології або переглядають крихітні групи наших пацієнтів. Ключовим кроком у контролі над нашими методами є контроль над вимірюванням, тобто вимірювання самих себе, щоб зрозуміти, як ми працюємо, і продемонструвати свою цінність іншим. Ідеальна медична практика вбудовує якісне вимірювання в усі взаємодії з пацієнтом, використовуючи кілька ключових показників, які зосереджені не лише на тому, «що є проблемою» з пацієнтом, але й на тому, «що важливо» для пацієнта. Наприклад, ми виявили, що в поточні мікропрактики близько 60 відсотків пацієнтів із хронічними захворюваннями повідомляють, що їм «багато» допомогли жити зі своїми хворобами; у типових практиках лише 35 відсотків повідомляють про таку велику допомогу.

4. Координація догляду. Ми знаємо з національного використання HowsYourHealth.org (безкоштовний онлайн-інструмент опитування здоров'я), що близько 40 відсотків американців віком від 50 до 69 відвідують спеціалістів на додаток до свого лікаря первинної медичної допомоги. Після того, як ініційовано направлення, візити спеціаліста та повторні візити можуть почати своє життя.

Думки пацієнта: ідеальні медичні практики проти звичайної практики. Переглядаючи відповіді пацієнтів щодо 50 практик (12 ідеальних медичних практик і 38 практик «звичайного догляду»), ми виявили, що пацієнти ідеальних медичних практик загалом повідомляють про кращий догляд. Наведені тут дані взято з <http://www.howsyourhealth.org> і відображають 25-75-й процентів відповідей. Звіти пацієнтів про свій досвід медичної допомоги є

важливими, оскільки вони, як правило, корелюють з клінічними результатами пацієнтів.

Щоб зменшити витрати, неефективність і фрагментацію медичної допомоги ідеальні медичні практики починають агресивно стандартизувати та контролювати направлення до інших спеціалістів та подальше спостереження. Наприклад, переглянувши дані про 238 пацієнтів віком 50+ із восьми практик, ми виявили, що майже 30 відсотків пацієнтів, які пройшли візит за направленням, сказали, що це не дуже допомогло, але більшість продовжували отримувати подальше лікування за направленням спеціаліст. Ці висновки свідчать про те, що практикам первинної медичної допомоги необхідно краще керувати доглядом за багатьма своїми пацієнтами, і це може заощадити значні долари на охорону здоров'я. Ідеальні медичні практики мають потенціал для виконання цієї важливої роботи.

Незалежно від того, чи необхідно перепланувати свою поточну практику чи заснувати нову, ми сподіваємося, що уроки та принципи, отримані з цих ранніх ідеальних медичних практик, допоможуть оснастити їх та надихнути на впровадження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Williams A. Priority setting in public and private health care. A guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*. 1988;7:173–183. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
2. Mooney G, Russell EM, Weir RD. Choices for health care: a practical introduction to the economics of health care provision. London: Macmillan; 1986. [[Google Scholar](#)].
3. Weinstein M, Stason W. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med*. 1977;296:716–721. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
4. Liberman UA, Weiss SR, Broll J, Minne HW, Quan H, Bell NH, et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med*. 1995;333:1437–1443. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
5. Torgerson DJ. Cost effectiveness of screening for Down's syndrome. In: Grudzinkas JG, Ward RHT, editors. Screening for Down syndrome in the first trimester. Proceedings of the thirty second study group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London: RCOG; 1997. [[Google Scholar](#)].
6. Drummond M. Output measurement for resource-allocation decisions in health care. In: McGuire A, Fenn P, Mayhew K, editors. Providing health care. The economics of alternative systems of finance and delivery. Oxford: Oxford University Press; 1991. [[Google Scholar](#)].
7. Palmer S, Torgerson DJ. Definitions of efficiency. *BMJ*. 1999;318(7191):1136. doi: 10.1136/bmj.318.7191.1136. [PMC free article] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)].
8. Farrell MJ. The measurement of productive efficiency. 1957.
9. Coelli TJ, et al. An introduction to efficiency and productivity analysis. 2. New York: Springer Science & Business Media; 2005. [[Google Scholar](#)].

10. Hollingsworth B, Peacock S. Efficiency measurement in health and health care. Oxon: Routledge; 2008. [Google Scholar].
11. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. 2010. [PMC free article] [PubMed].
12. Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington, DC: World Bank; 2010. pp. 1–84. [Google Scholar].
13. Powell-Jackson, T., K. Hanson, and D. McIntyre, Fiscal space for health: a review of the literature. 2012: London, UK.
14. Karpa W, Leśniowska J. Efficiency of Health Care Systems: Stochastic Frontier Analysis Including Innovation Component. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata Tes Oikonomias*. 2014; (8): 159–67
15. Allin S, Grignon M, Wang L. The determinants of efficiency in the Canadian health care system. *Health Econ Policy Law*. 2016;11(1):39–65. doi: 10.1017/S1744133115000274. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Varabyova Y, Müller J-M. The efficiency of health care production in OECD countries: a systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons. *Health Policy*. 2016;120:252–263. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.12.005. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
17. Pelone F, et al. Primary care efficiency measurement using data envelopment analysis: a systematic review. *J Med Syst*. 2015;39:156. doi: 10.1007/s10916-014-0156-4. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Hussey PS, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Services Res*. 2009;44(3):784–805. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00942.x. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
або на синтезі доказів ефективності на рівні медичного закладу [107, 109].
19. Asbu EZ, Masri MD, Naboulsi MA. Determinants of hospital efficiency: a literature review. *Int J Healthc*. 2020;6(2).44–53.
20. Bennett S, Glandon D, Rasanathan K. Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries: unpacking the problem and rising

to the challenge. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 4):e000880. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000880. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

21. Tangcharoensathien V, et al. Multisectoral actions for health: challenges and opportunities in complex policy environments. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(7):359–363. doi: 10.15171/ijhpm.2017.61. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

22. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? WHO Regional Office for Europe: Denmark; 2013.

23. WHO. More health for the money, in *World Health Report—Health Systems Financing; the path to universal coverage*. 2010, World Health Organization: Geneva. [PMC free article] [PubMed].

24. Yip W, Hafez R. Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases; 2015. World Health Organization.

25. Yip W, Hafez R, Organization WH. Improving health system efficiency: reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. World Health Organization. 2015.

26. Редакція: Національні служби охорони здоров'я: Ефективність, добробут та економія. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9755878/> (дата звернення: 25.11.2023).

27. Kadel R, Allen J, Darlington O, Masters R, Collins B, Charles JM, et al.. Cost of health inequality to the NHS in Wales. *Front Public Heal*. (2022) 10:1–10. 10.3389/fpubh.2022.959283 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

28. Sinclair S. Explaining rule of rescue obligations in healthcare allocation: allowing the patient to tell the right kind of story about their life. *Med Health Care Philos*. (2022) 25:31–46. 10.1007/s11019-021-10047-y [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

29. Valls Martínez MDC, Ramírez-Orellana A. Patient satisfaction in the Spanish national health service: partial least squares structural equation modeling. *Int*

J Environ Res Public Health. (2019) 16:1–18. 10.3390/ijerph16244886 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

30. McKee M, Dunnell K, Anderson M, Brayne C, Charlesworth A, Johnston-Webber C, et al.. The changing health needs of the UK population. *Lancet*. (2021) 397:1979–91. 10.1016/S0140-6736(21)00229-4 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

31. Papanicolas I, Mossialos E, Gundersen A, Woskie L, Jha AK. Performance of UK National Health Service compared with other high income countries: observational study. *Br Med J*. (2019) 367:16326. 10.1136/bmj.16326 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

32. Montauban P, Balakumar C, Rait J, Zarsadias P, Shahzad F, Ogbuagu N, et al.. Impact of the COVID-19 pandemic on the management and outcomes of emergency surgical patients: a retrospective cohort study. *J Perioper Pract*. (2022) 2022:17504589211032625. 10.1177/17504589211032625 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

33. Olivera JN, Ford J, Sowden S, Bambra C. Conceptualisation of health inequalities by local healthcare systems : a document analysis. *Heal Soc Care Community*. (2022) 2022:1–9. 10.1111/hsc.13791 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

34. Guo B, Xie X, Wu Q, Zhang X, Cheng H, Tao S, et al.. Inequality in the health services utilization in rural and urban china: a horizontal inequality analysis. *Medicine*. (2020) 99:1–7. 10.1097/MD.00000000000018625 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

35. Wood RM. Supporting COVID-19 elective recovery through scalable wait list modelling: specialty-level application to all hospitals in England. *Health Care Manag Sci*. (2022) 2022:1–5. 10.1007/Fs10729-022-09615-2 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

36. Troisi R, Simone S De, Vargas M, Franco M. The other side of the crisis: organizational flexibility in balancing Covid – 19 and non – Covid – 19 health – care

services. *BMC Health Serv Res.* (2022) 22:1–14. 10.1186/s12913-022-08486-1 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

37. Підвищення ефективності системи охорони здоров'я. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/WHO_HIS_HGF_SR_15.1_eng.pdf. (дата звернення: 18.11.2023).

38. Співвідношення ціни та якості у витратах на охорону здоров'я. Париж: Організація економічного співробітництва та розвитку; 2010.

39. Chisholm D, Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Background paper for World health report: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. URL: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/e. (дата звернення: 18.11.2023).

40. Carrin G (2002) Social health insurance in developing countries: A continuing challenge. *International Social Security Review* 55: 57-69.

41. Salkeld G, Davey P, Arnold G (1995) A critical review of health-related economic evaluations in Australia: Implications for health policy. *Health Policy* 31: 111-125.

42. Cochrane AL (1972) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

43. Drucker PF (1966) *The Effective Executive*. Harper & Row, New York.

44. Cochrane AL (1972) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

45. Anglemyer A, Horvath HT, Bero L (2014) Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014: MR000034.

46. Benson K, Hartz AJ (2000) A Comparison of Observational Studies and Randomized, Controlled Trials. *N Engl J Med* 342: 1878-1886.

47. Roland M, Torgerson DJ (1998) What are pragmatic trials? *BMJ* 316: 285.

48. Treweek S, Zwarenstein M (2009) Making trials matter: Pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials* 10: 37.

49. Revicki DA, Frank L (1999) Pharmacoeconomic evaluation in the real world. Effectiveness versus efficacy studies. *Pharmacoeconomics* 15: 423-434.
50. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, et al. (1995) Users' Guides to the Medical Literature: IX. A method for grading health care recommendations. *JAMA* 274: 1800-1804.
51. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS (1996) Evidence based medicine: What is it and what it isn't. *BMJ* 312: 71-72.
52. Harbour R, Miller J (2001) A new system for grading recommendations in evidence-based guidelines. *BMJ* 323: 334-336.
53. Palmer S, Torgerson DJ (1999) Economics notes: Definitions of efficiency. *BMJ* 318: 1136.
54. Kernick DP (2003) Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgrad Med J* 79: 147-150.
55. Angus Stevenson (2010) *Oxford Dictionary of English* (3 ed). Oxford University Press, Oxford, ISBN: 978-0-19-957112-3.
56. Improving health system efficiency. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/WHO_HIS_HGF_SR_15.1_eng.pdf. (дата звернення: 18.11.2023).
57. Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditures on health from a fiscal space perspective. Washington DC: World Bank; 2010.
58. Визначення ефективності. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115526/#:~:text=This%20note%20examines%20three%20concepts,the%20best%20value%20for%20money>. (дата звернення: 22.11.2023).
59. Williams A. Priority setting in public and private health care. A guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*. 1988;7:173–183. [PubMed] [Google Scholar].
60. Mooney G, Russell EM, Weir RD. Choices for health care: a practical introduction to the economics of health care provision. London: Macmillan; 1986. [Google Scholar].

61. Weinstein M, Stason W. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med.* 1977;296:716–721. [PubMed] [Google Scholar].

62. Liberman UA, Weiss SR, Broll J, Minne HW, Quan H, Bell NH, et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med.* 1995;333:1437–1443. [PubMed] [Google Scholar].

63. Torgerson DJ. Cost effectiveness of screening for Down's syndrome. In: Grudzinkas JG, Ward RHT, editors. Screening for Down syndrome in the first trimester. Proceedings of the thirty second study group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London: RCOG; 1997. [Google Scholar].

64. Drummond M. Output measurement for resource-allocation decisions in health care. In: McGuire A, Fenn P, Mayhew K, editors. Providing health care. The economics of alternative systems of finance and delivery. Oxford: Oxford University Press; 1991. [Google Scholar].

65. Поняття, сутність, форми і методи державного управління. URL: https://studies.in.ua/admin_pravo-seminar/3427-ponyattya-sutnst-formi-metodi-derzhavnogo-upravlnnya.html (дата звернення: 09.12.2023).

66. Що таке державне управління? URL: <https://onlinempa.unc.edu/academics/what-is-public-administration/> (дата звернення: 09.12.2023).

67. Ефективність, результативність та результативність в охороні здоров'я: Потреба в угоді для уточнення їх змісту. URL: <https://clinmedjournals.org/articles/iaphcm/international-archives-of-public-health-and-community-medicine-iaphcm-4-035.php>. (дата звернення: 19.12.2023).

68. Сучасні проблеми системи охорони здоров'я України (аналітичний огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014, № 3 (61).