

І. В. Рожкова,
кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри управління
охороною суспільного здоров'я, Національна академія
державного управління при Президенті України

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З ОХОРОНИ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена порівняльному аналізу критеріїв оцінки ефективності впровадження державної політики у сфері охорони суспільного здоров'я.

The article is addressed to cooperative analysis assessment of indicators the effectiveness of public health policy.

ВСТУП

Для оцінки ефективності впровадження державної політики з охорони суспільного здоров'я використовуються різні підходи. Деякі з них характеризують окремі сторони діяльності системи охорони здоров'я, зокрема такі, як вартість та якість послуг, їх доступність, а інші — критерії таких вимірів, як справедливість та ефективність у забезпеченні послугами з охорони здоров'я. Деякі концепції об'єднують і перші, і другі підходи, наприклад, захист громадян від фінансового ризику на випадок захворювання [1, 6]. Разом з тим серед науковців та практиків продовжується дискусія стосовно значення або відносної важливості цих різних понять, а також їх взаємозв'язку [2, 4, 6—8].

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Основною метою даної статті є проведення порівняльного аналізу різних підходів щодо оцінки ефективності впровадження державної політики у сфері охорони суспільного здоров'я та визначення найбільш інформативних з них, а також їх можливостей та обмежень.

ВКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Розглядаючи аналіз державної політики та її реалізації щодо перебудови системи охорони суспільного здоров'я, очевидно, що оцінка діяльності цієї сфери повинна базуватись на основі кінцевих результатів, а саме покращення стану суспільного здоров'я, ефективності механізмів захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання, економічній ефективності та задоволенні потреб громадян в послугах з охорони здоров'я [2, 6].

При аналізі особливостей окремих етичних теорій стосовно сфери охорони здоров'я частіше використовуються такі критерії оцінки діяльності, як ефективність, справедливість та доступність послуг з охорони здоров'я. Розглядаючи результати діяльності системи охорони здоров'я, важливо зрозуміти, які з наведених показників мають найбільш істотне значення. Спочатку необхідно дослідити показник ефективності, його можливості та обмеження. Наступним кроком необхідно оцінити критерій справедливості і розглянути його вплив на послуги з охорони здоров'я і витрати, а також з'ясувати значення терміна "доступність".

На досягнення основних цілей діяльності системи охорони здоров'я впливають такі механізми державного

управління, як формування консолідованого бюджету на охорону здоров'я (фінансове забезпечення галузі), механізм розподілу бюджету, методи оплати надавачів медичних послуг, організація системи на макро- та мікрорівні, регулювання (роль держави та ринкових механізмів), а також соціальний маркетинг [6].

Насамперед розглянемо очікувані суспільством результати діяльності системи охорони здоров'я. Для цього необхідно дослідити процес реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я (рис. 1).

В цій моделі складові системи охорони здоров'я, а саме ресурси, структури та процеси об'єднані в тій частині рис. 1, що відображає можливість системи надавати медичне обслуговування, а також перешкоди щодо реалізації такої спроможності. Показані два продукти (результати) діяльності системи, зокрема використані послуги та тягар витрат (включаючи тягар страхових внесків і податків, що формують консолідований державний бюджет). Загалом, як вже згадувалось, основними цілями діяльності системи є покращення стану суспільного здоров'я та задоволення потреб споживачів. Стан суспільного здоров'я залежить не тільки від наданих медичних послуг, але в значній мірі і від інших чинників, зокрема стану довкілля, індивідуальної спадковості, поведінкових факторів ризику захворювань, соціально-економічного стану суспільства та, власне, від стану самої системи охорони здоров'я [2]. Задоволення потреб споживача залежить не тільки від використаних послуг, але й від стану його здоров'я та тягара фінансових витрат на отримання медичних послуг. Існує багато інших чинників та впливів на стан громадського здоров'я, що значно ускладнюють причинно-наслідковий аналіз. Можуть бути декілька варіантів відповідей на питання: "Які результати діяльності у сфері охорони здоров'я мають першочергове значення?". Стан здоров'я є наріжним каменем теорії об'єктивного утилітаризму, а задоволення споживача — пріоритетом суб'єктивного утилітаризму. Таким чином, залежно від позиції в рамках консеквенціалізму, кожний окремий результат є найважливішим для загальної оцінки діяльності системи охорони здоров'я. Обидва на-



Рис. 1. Чинники впливу на результати діяльності у сфері охорони здоров'я

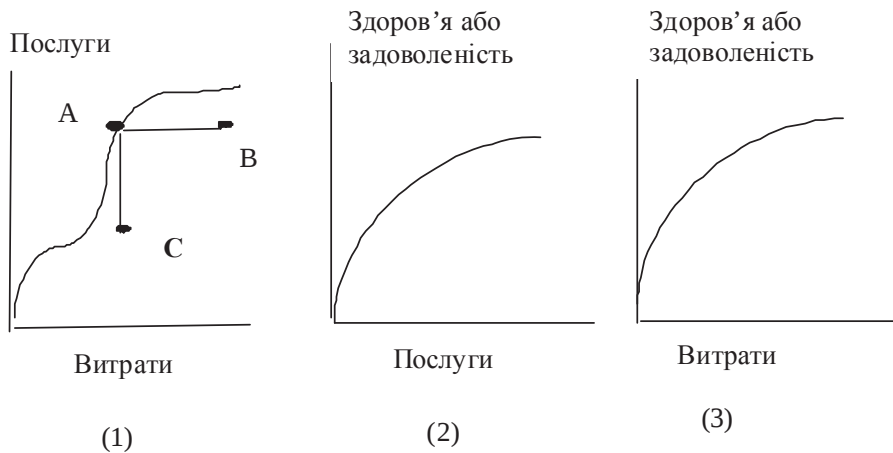


Рис. 2. Взаємозалежність між витратами, послугами, станом суспільного здоров'я та задоволеністю громадян

прями етичної теорії вказують на особливе значення фінансового забезпечення та механізмів розподілу витратків у сфері охорони здоров'я через їх вплив на благополуччя окремої людини. Але в даному аналізі необхідно враховувати і механізми розподілу послуг. В реальному житті існують безліч причин, що обмежують можливості системи охорони здоров'я (кількість лікарів на окремій території, територіальний розподіл лікарняних ліжок, частка державного та місцевого бюджетів на одну особу тощо). Також часто виникають питання щодо фінансових і нефінансових бар'єрів для доступу до цих можливостей (вартість послуг, місцезнаходження, час очікування, професійна та культурна компетентність фахівців). На рис. 1 це відображено в частині перешкод, що оточують "здатність" в колі системи охорони здоров'я. Потрібно виявити бар'єри, що перешкоджають або обмежують використання послуг та запровадити дієві заходи для їх усунення. Це означає, що ступінь можливостей (ресурсів) та послуг (продукту) самі по собі не можуть бути основою при визначенні проблеми обмеженого доступу до послуг з охорони здоров'я. Скоріше вони можуть відіграти роль лише в якості важливої частини пояснення причини небажаного результату, виявленого в методології вивчення проблеми.

Тепер розглянемо тлумачення проміжних критеріїв оцінювання. Щоб з'ясувати значення критерію "ефективність", необхідно розглянути поняття "функція окупності". Це лише графічне відображення взаємозв'язку між ресурсами, необхідними для успішної діяльності системи, та продуктами чи послугами. На рис. 2 зображені три такі функції, що відрізняються лише осями координат, що дозволяє розглянути різні значення ефективності.

На рис. 2 графік 1 показує, який обсяг послуг може бути отриманий для будь-якого даного рівня витрат. В даному випадку може використовуватись термін "технічна ефективність", тобто незалежно від того, які послуги надаються, вони надаються з мінімальними витратами (на графіку точка А, але не В), тобто точка А знаходиться на кривій окупності. Альтернативне еквівалентне формулювання полягає в тому, що ми повинні отримувати максимальну віддачу для будь-якого даного рівня витрат

(тобто точка А, але не С). Тут ми припускаємо, що послуги охорони здоров'я однорідні. Очевидно, що у сфері охорони здоров'я існує значна кількість різноманітних видів послуг, однак суть технічної ефективності в тому, що незалежно від того, який набір послуг надається, це повинно здійснюватися з мінімальними витратами (крива виробничих можливостей). Це означає, що неможна отримати більшу кількість одного виду продукції, якщо не зменшити кількість другого.

На графіку 2 (рис. 2) по горизонтальній осі відкладена певна міра послуг загалом (тобто продукт на графіку діяльності сфери охорони здоров'я), а по вертикальній — результат (стан здоров'я, або задоволення споживача). При економічній оцінці діяльності системи охорони здоров'я необхідно визначити місцезнаходження на цій кривій, що залежить від набору послуг, які надаються. Ефективність розподілу ресурсів визначається комбінацією послуг, спрямованою на максимальне поліпшення здоров'я або задоволення потреб споживачів, тобто досягнення цільового результату діяльності.

На графіку 3 (рис. 2) вказані дві залежності зведені разом. Щоб досягнути максимального результату при будь-якому даному рівні витрат, необхідно забезпечити ефективну діяльність системи як за розподілом ресурсів, так і з

точки зору технічної ефективності. Щоб максимізувати кінцеві результати, система повинна виробляти послуги (продукти) з мінімальними витратами і при цьому виробляти найбільш ефективну комбінацію послуг (продуктів). Чи можемо ми вважати дану систему ефективною, буде залежати від специфічності результату, в максимізації якого ми зацікавлені. Отже, ефективність — це співвідношення вартості і продуктів або результатів. Якщо діяльність системи неефективна, то витрати будуть неоправдано високими. З іншого боку, ефективність не вичерпує питання витрат, тому необхідно визначити її місце на кривій окупності.

Наступний проміжний критерій якості включає клінічну якість (кваліфікація фахівців, обґрунтоване прийняття управлінських рішень) і якість обслуговування чи сервісну якість (сервіс лікарняного обслуговування; міжособистісні стосунки — догляд, турбота, ввічливість; зручність — поїздки і час очікування; увага — інформація, прийняття рішень). Більшість медичних працівників під якістю розуміють клінічну якість. Це охоплює і кваліфікацію медичних працівників, і правильність прийняття рішення щодо діагнозу і лікування. Пацієнти, які часто не можуть оцінити технічну якість, звертають увагу на окремі аспекти якості обслуговування, які вони можуть спостерігати і оцінювати. Крім різних сторін обслуговування, сюди входять міжособистісні стосунки і повага до пацієнта з точки зору його місця та ролі в процесі медичного обслуговування. Не всі пацієнти однаково зацікавлені в тих чи інших видах якості, і не всі етичні теорії мають однакові точки зору щодо цього. Необхідно розглядати якість системи охорони здоров'я як низку різноманітних якостей або комплекс характеристик діяльності. Максимальна якість в медичному обслуговуванні не є автоматично бажаною, тому що вона може не виправдовувати пов'язані з цим витрати.

Той факт, що показники якості діяльності системи охорони здоров'я є насправді відображенням особливого виду ефективності, не завжди знаходить широке розуміння. Найпростіша залежність "ефективність-якість" представляє собою

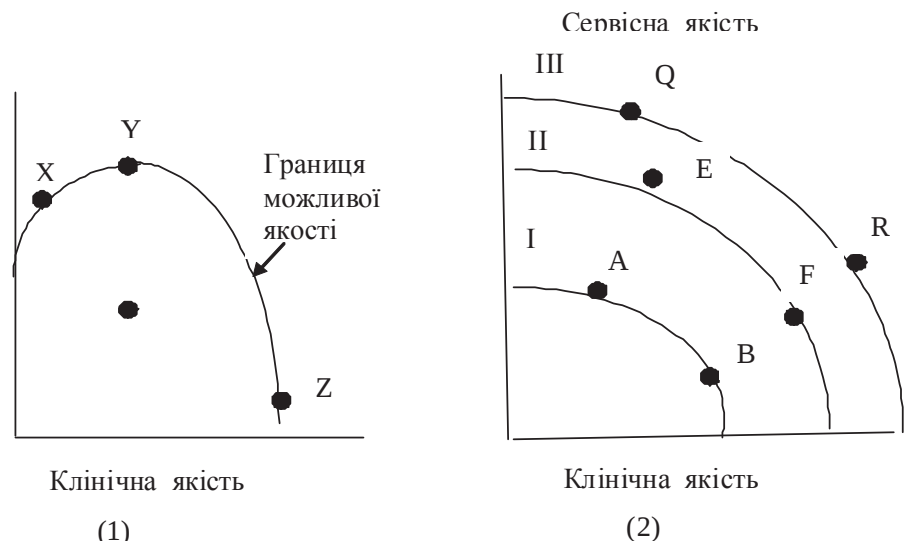


Рис. 3. Взаємозалежність "клінічна якість — сервісна якість"

якість як аспект технічної ефективності. Забезпечувати нижчу якість, ніж максимально можна досягнути при даних витратах, буде технічно неефективно. Це буде означати, що такий характер діяльності не дозволяє досягнути оптимального місця на кривій виробничих можливостей. Інший тип якості складніший: в ньому використовується аспект ефективності розподілу ресурсів, а саме — виробництво послуг з найкращим набором якостей і рівнями якості, необхідними для досягнення загальних цілей.

На рис. 3 (графік 1) наведена крива граничної якості для певного виду медичних послуг. Така залежність може існувати між будь-якими поєднаннями вимірів якості. Для спрощення можна прийняти припущення, що виміри клінічної якості і якості обслуговування є незалежними величинами. При даному бюджеті ми можемо досягнути лиш деяких обмежених значень клінічної якості або якості обслуговування. Границя можливої якості накреслена дещо нетрадиційним способом, припускаючи, що якщо якість обслуговування або клінічна якість дуже низькі, то від цього неминуче страждає другий аспект якості. Передусім необхідно відмітити, що для того щоб отримати максимальну якість за витрачені гроші, показник значення якості повинен знаходитись на кривій граничної якості. Якщо даний показник знаходиться в точці А, то це технічно неефективно у "виробництві" якості. Разом з тим якщо діяльність технічно ефективна (тобто знаходиться на кривій граничної якості), крім цього, необхідно вирішити, який набір якостей запропонувати, враховуючи можливість бюджету.

Чи маємо ми знаходитись в точці Х або Y, або де-небудь ще на кривій (враховуючи форму кривої, у нас немає причин знаходитись в точці Z, тому що ми можемо досягти більшого успіху в двох попередніх вимірах).

З графіку 2 випливає, що ми фактично маємо справу з діапазоном границь можливої якості (позначених на діаграмі I, II і III), які базуються на різних рівнях бюджету для даного виду послуг. Ми повинні вибрати не тільки поєднання якостей (А або В, Е чи F, Q або R), але також і рівень витрат, який визначає, наскільки високою може бути якість цих послуг при даному бюджеті).

В процесі оцінки діяльності системи охорони здоров'я, як правило, виникають два питання щодо якості та ефективності. По-перше, чи забезпечуємо ми технічну ефективність в досягненні як клінічної, так і сервісної якості? Чи знаходимося на кривій граничної можливої якості в точці, що відповідає найвищій сервісній якості при даному бюджеті? По-друге, чи забезпечує система правильний рівень і поєднання видів якості з метою максимізації досягнення загальних цілей суспільства, якби вони не були визначені? Вихід на границю можливої якості в багатьох випадках буде питанням використання тих чи інших механізмів державного управління, зокрема регулювання та організації системи на мікрорівні (на рівні закладів охорони здоров'я). Отримання правильної комбінації і рівня якості, ймовірно, буде знаходитись під впливом систем фінансування і оплати, які визначають величину бюджету і мотивацією в діяльності закладів охо-

рони здоров'я, а також макроорганізації системи, яка також створює стимули, спрямовані на удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я.

Тепер, після обговорення ефективності, необхідно звернутися до справедливості як критерію оцінки діяльності у сфері охорони суспільного здоров'я. По-перше, виникає питання, який вимір має бути підданий аналізу справедливості: якість послуг, стан індивідуального та суспільного здоров'я чи витрати. По-друге, необхідно визначити, чи є дана ситуація прийнятною з точки зору суспільної справедливості. Здійснюючи аналіз справедливості, необхідно взяти до уваги надзвичайно важливу особливість сфери охорони здоров'я, а саме непередбачуваність хвороби. З точки зору витрат, ця непередбачуваність створює ризик банкрутства і зубожіння пацієнта внаслідок необхідності оплати вартості лікування. З точки зору життєдіяльності, непередбачуваність хвороби створює ризик непрацездатності і смерті. Класична дискусія щодо справедливості сфери охорони здоров'я ігнорує такі ризики і зосереджується на відносній справедливості. При вивченні питання витрат медичного обслуговування або стану здоров'я окремі дослідники пропонують версію економічного поняття "коефіцієнта Джині". Зокрема, це міра, що показує, наскільки розподіл благ або результатів серед населення відрізняється від ідеальної рівності. Наприклад, якщо розмістити населення країни чи окремої адміністративної території за показником доходів від найбіднішого до найбагатшого (або за середньою очікуваною тривалістю життя) і визначити, який відсоток доходів (або років життя) отримує кожний відсоток населення такого розподілу, то шляхом достатньо простого графічного аналізу отримаємо число між нулем і одиницею, що відображає розподіл від абсолютної нерівності до абсолютної рівності.

Згідно з теорією егалітарного лібералізму кожна людина повинна мати обґрунтовану мінімальну кількість і якість життя, а це припускає скоріше абсолютний, аніж відносний підхід до рівності. Дана концепція егалітарного лібералізму може також забезпечити логічну основу для твердження, що медичне обслуговування повинно розподілятися на основі потреб (потреба — категорія, що залежить від результату). Сказати, що "є потреба" — це те ж саме, що сказати про те, що необхідно досягти певного результату. Таким чином, щоб вирішити, яке медичне обслуговування потрібно групі чи окремій людині, необхідно орієнтуватись на бажаний, цільовий стан здоров'я. Одним з напрямів досягнення такої цілі є гарантія надання кожному громадянину мінімального набору можливостей у сфері охорони здоров'я [1—8].

Отже, справедливість має два виміри: розподіл результатів діяльності системи охорони здоров'я серед окремих осіб та розподіл невизначених результатів, з якими стикається кожний споживач послуг. Відповідно до теорії егалітарного лібералізму захист громадян від фінансового ризику на випадок захворювання, дуже важливе питання, особливо стосовно людей з низькими доходами. Можливо, що непередбачу-

вані витрати можуть поставити окрему людину нижче критичного фінансового мінімуму, необхідного для розумної можливості. Таким чином, важливим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я є певний механізм об'єднання ризиків або схеми страхування для попередження фінансового ризику на випадок захворювання. Однак з цієї точки зору зовсім не обов'язково охоплювати медичним страхуванням тих, хто знаходиться за рівнем доходів набагато вище від середнього значення, за винятком необхідності значних видатків для лікування, тобто необхідно розробити базовий, гарантований державою пакет медичної допомоги. Захист громадян від фінансового ризику на випадок захворювання повинен бути соціальним пріоритетом державної політики.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Таким чином, при розробці програм соціально-економічного розвитку національного чи регіонального рівнів, зокрема у сфері охорони здоров'я, необхідно спрямовувати діяльність на досягнення основних суспільних цілей, таких як покращення здоров'я територіальної громади, захист громадян від фінансового ризику на випадок захворювання, досягнення економічної ефективності діяльності, задоволення потреб громадян в послугах з охорони здоров'я відповідної якості.

В подальшому необхідно обґрунтувати та розробити базовий, гарантований державою пакет послуг з охорони здоров'я для всіх громадян незалежно від їх фінансової спроможності в межах економічних можливостей України на конкретному етапі соціально-економічного розвитку.

Література:

1. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: Монографія. — К.: "Книга плюс", 2008. — 320 с.
2. Оболенський О.Ю., Солоненко І.М., Жаліло А.І. та інші. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід. — К.: Асоціація міст України та громад, 2007. — 191 с.
3. Рожкова І.В., Солоненко І.М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: Монографія. — К.: Фенікс, 2008. — 176 с.
4. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2005. — 272 с.
5. Солоненко І.М., Рожкова І.В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: Монографія. — К.: Фенікс, 2008. — 276 с.
6. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я: Навч. посіб. — К.: Вид-во НАДУ, 2005. — 416 с.
7. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол. монографія / За ред. О.В. Басевої та І.М. Солоненка. — К.: Вид-во МАУП, 2007. — 374 с.
8. Roberts M., Hsiao W., Berman Ph., Reich M. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. — London: Oxford University Press, 2004. — 325 p.

Стаття надійшла до редакції 09.02.2009 р.