

*Н. А. Фойгт,
к. е. н., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України*

ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ УКРАЇНИ У ГРАНИЦЯХ ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНОГО СТАРІННЯ

Стаття присвячена визначенню місця України за ступенем ефективності поточної структури фінансування ОЗ в умовах демографічного старіння відносно еталонних європейських систем фінансування ОЗ. Побудована границя ефективності структури фінансування ОЗ у середовищі 46 країн Європи за методом аналізу середовища функціонування (АСФ). Здійснений прогноз змін ефективності структури фінансування ОЗ в Україні за різних напрямів реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я галузі.

The article is dedicated to the location of Ukraine in the environment of the standard European systems of HC financing concerning the degree of efficiency of current structure of Health Care financing under conditions of population aging. The efficiency frontier for the structure of Health Care financing in an environment of 46 European countries was built using the method of Data Envelopment Analysis (DEA). The prognosis of changes in structure of HC financing in Ukraine under different directions of reformation of the financial providing of HC was conducted.

Ключові слова: фінансування охорони здоров'я, ефективність державного управління, старіння населення, тривалість життя в похилому віці, аналіз середовища функціонування (АСФ).

Key words: financing of Health Care, efficiency of state administration, population aging, life expectancy at old age, Data Envelopment Analysis (DEA).

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Свого часу, аналізуючи сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах, Д.В.Карамішев визначив ефективність державного управління як поняття, яке позначає співвідношення результатів і використаних державних ресурсів. Ефективне управління, за цим автором, є діяльністю з найкращими з можливих результатами задоволення суспільних потреб та інтересів в умовах регламентації ресурсів державою [1]. Формулювання "найкращі з можливих" передбачає присутність принаймні декількох результатів для визначення найкращого. Для такого визначення пропонуються різні критерії та методики їх реєстрації: опитування населення, рейтингові оцінки, система контрольних показників тощо. Проте, багатьма дослідженнями доведена нелінійність зв'язку рівня здоров'я населення з індикаторами соціаль-

но-економічних та інших чинників, які вважаються детермінантами цього рівня. Зокрема, процес використання державних ресурсів і отримання суспільно бажаного результату являє собою комплекс правових, організаційних та економічних взаємодій, що є надто складним для фіксації засобами простих регресійних моделей. Тут необхідно шукати нові методологічні підходи, які б не тільки забезпечували виявлення найбільш ефективних об'єктів, а й визначали кількісні та якісні параметри вдосконалення не-ефективних.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

У сучасних дослідженнях ефективності державного управління дедалі частіше використовується методологія аналізу границь ефективності. При оцінці результативності державно фінансованих систем соціальних по-

слуг, в яких основним критерієм ефективності є саме ефективність використання державних коштів, особливо широко використовуються методи стохастичних границь та аналізу середовища функціонування. Серед переваг цих методів у оцінці ефективності функціонування державно фінансованих структур, у т.ч. охорони здоров'я, є можливість їх застосування в умовах невизначеності при оцінці організаційно, функціонально і технологічно складних систем, асиметричності інформації, нечіткості соціальних пріоритетів і конфлікту інтересів акторів, залучених у систему. При таких вихідних умовах аналіз середовища функціонування, зокрема, дозволяє виділити еталонні стандарти забезпечення соціальних послуг і пропонує напрями оптимізації обсягів та структури їх фінансування для неефективних об'єктів. Перші спроби застосування методології аналізу середовища функціонування у побудові границь ефективності для оцінки результативності функціонування охорони здоров'я були здійснені ще до середини 90-х років минулого століття [2—6]. У процесі подальшої дискусії були висунуті аргументи проти застосування зазначеної методології у сфері охорони здоров'я через труднощі об'єктивного виміру вартості та якості охороноздоровчих послуг [7], неможливість визначення усього кола чинників високої або низької ефективності [6], надлишкову методичну складність даного методу оцінювання [2; 8] тощо. На теренах ЄСРП ця методика застосовувалась переважно для визначення ефективності роботи ЛПЗ у середовищі локальних підсистем охорони здоров'я [9; 10]. Найбільш детально потенціал застосування методу аналізу середовища функціонування для оцінки ефективності об'єктів у сфері охорони здоров'я досліджений і роботи [11], у якій, зокрема, зазначена недостатність використання даного методу на макrorівні державного управління. Інший автор, С.А. Кнох Lovell, підкреслює цілковиту придатність даного методу для застосування у визначенні пріоритетів стратегічного цілепокладання у сфері управління системою охорони здоров'я на національному і наднаціональному рівнях [12]. Успішний досвід такого використання продемонстрований у звітах ВООЗ та ОЕСР [13, 14].

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Методологія побудови меж ефективності поки що не знайшла свого місця у вітчизняних дослідженнях ефективності державного управління, зокрема у сфері охорони здоров'я. У той же час на сучасному етапі розвитку охороноздоровчої галузі в умовах демографічного старіння визначення рівня та напрямів підвищення ефективності використання державних ресурсів у цій сфері становить чи не найважливішу проблему її реформування і подальшого поступу.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Цілями даної статті є визначення місця України за ступенем ефективності поточної структури фінансування ОЗ в умовах демографічного старіння відносно еталонних європейських систем фінансування ОЗ та прогноз змін ефективності цього фінансування в Україні за різних напрямів реформування фінансового забезпечення охороноздоровчої галузі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У дослідженні використані дані ВООЗ щодо тривалості життя [15] та національні рахунки охорони здоров'я у європейських країнах за 1995—2009 рр.

Як методичний інструмент дослідження пропонується метод аналізу середовища функціонування (АСФ) (DEA — Data Envelopment Analysis), розроблений у 1978 р. американськими вченими А. Charnes, W. W. Cooper, E. Rhodes [16] на основі ідей J. Farrell [17]. Математичний апарат методу АСФ детально описаний у низці досліджень О.М. та Є.П. Моргунових [18—20], а також розглянутий у попередніх дослідженнях автора. У даному дослідженні метод АСФ застосовується для побудови границі ефективності структури фінансування охорони здоров'я у забезпеченні здоров'я населення похилого віку у сучасному середовищі функціонування систем фінансування ОЗ 46 європейських країн.

З поняттям "межі ефективності" пов'язані такі поняття, як "межа виробничих можливостей" і "виробнича функція". У випадках, коли випускається продукція не одного виду, а декількох, або використовується декілька видів ресурсів, прийнято говорити не про виробничу функцію, а про виробничу межу, або межу ефективності. У цьому випадку ті об'єкти, які виробляють максимальну кількість випуску за даної кількості входів, вважаються ефективними, і точки, що відповідають їм у просторі входів/виходів, лежать на цій самій межі ефективності, що представляє собою криву у двомірному або опуклу поверхню точок у багатомірному просторі входів/виходів. Точки, що не лежать на такій кривій або поверхні, відповідають об'єктам, що функціонують неефективно. Ступінь неефективності визначається ступенем віддаленості точки від межі ефективності. При оцінюванні такої границі методом АСФ формується ізокванта, або, як її часто називають, кусочно-лінійна границя ефективності, проте через методичну складність та громіздку процедуру розрахунків [16; 21] у дослідженнях, які не ставлять за мету вдосконалення методу АСФ, зазвичай, застосовуються спрощені схеми.

Для визначення ефективності і перспектив моделі фінансування охорони здоров'я України у демографічному, структурному та часовому середовищі функціонування ОЗ на європейських теренах базовими характеристиками такого середовища у якості вкладених ресурсів обрані абсолютні й відносні обсяги державного і приватного фінансування охорони здоров'я в Україні та інших країнах Європи, співвідношення яких відбиває модель фінансового забезпечення охороноздоровчої галузі кожного члена обраної сукупності. Як оцінюваний результат ефективності використання ресурсів застосовується інтегральний показник здоров'я населення похилого віку. Операціональними характеристиками вхідних ресурсів обрані такі показники національних рахунків охорони здоров'я, як частка витрат на охорону здоров'я у загальному обсязі ВВП, частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я та середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС. Інтегральним вихідним показником здоров'я населення похилого віку обрана середня очікувана тривалість життя у віці 65 років.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Інтеграція України у середовище розмаїття моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я європейських теренів дозволяє визначити ступінь ефективності вітчизняної моделі фінансування охороноздоровчої галузі як сукупності вкладених ресурсів та статусу здоров'я населення похилого віку як отриманого ре-

Таблиця 1. Величина коефіцієнта ефективності (коефіцієнта) структури фінансування охорони здоров'я у забезпеченні здоров'я населення похилого віку та рейтинги за цим показником у вихід-орієнтованих моделях АСФ для України та інших країн Європи у 2005–2009 рр.

Країни-члени Євросоюзу до травня 2004 р.			Країни теренів колишніх соціалістичних країн Східної Європи			Країни-колишні республіки СРСР			Інші країни Європи		
	Коефіцієнт ефективності	Ранг [*]		Коефіцієнт ефективності	Ранг		Коефіцієнт ефективності	Ранг		Коефіцієнт ефективності	Ранг
Австрія	0,813	23	Болгарія	0,779	32	Вірменія	1	1	Кіпр	1	1
Бельгія	0,759	36	Хорватія	0,737	37	Азербайджан	1	1	Греція	0,763	34
Данія	0,708	39	Чехія	0,826	21	Білорусь	0,968	4	Мальта	0,835	20
Фінляндія	0,889	13	Угорщина	0,776	33	Естонія	0,907	11	Ісландія	0,821	22
Франція	1	1	Чорногорія	0,785	30	Латвія	0,797	28	Норвегія	0,79	29
Німеччина	0,847	18	Польща	0,879	16	Литва	0,811	25	Ізраїль	0,99	3
Ірландія	0,948	6	Румунія	0,885	14	Республіка Молдова	0,763	35	Сан-Марино	0,9	12
Італія	0,881	15	Сербія	0,785	31	Російська Федерація	0,841	19			
Люксембург	0,962	5	Словаччина	0,716	38	Казахстан	0,991	2			
Нідерланди	1	1	Словенія	1	1	Киргизстан	0,909	10			
Португалія	0,807	26				Таджикистан	1	1			
Іспанія	0,913	9				Узбекистан	0,858	17			
Швеція	0,8	27				Україна	0,813	24			
Швейцарія	0,92	8									
Сполучене Королівство											
Великобританія	0,934	7									

* — Оскільки при розрахунку моделі АСФ для 46 об'єктів, які складають середовище порівняння, кількість ефективних об'єктів (тобто таких, для яких величини або дорівнюють одиниці), становить 7, при ранжуванні усі такі об'єкти отримують ранг 1, через що кількість рангових позицій у сукупності скорочується до 39.

зультату відносно існуючого європейського досвіду. За коефіцієнтами ефективності існуючої структури фінансування охорони здоров'я, розрахованими у рамках вихід-орієнтованої моделі, що визначає обсяг результату діяльності об'єкта, який у даному середовищі функціонування можна отримати за умови регулювання обсягів використовуваних ресурсів, Україна посіла 24 місце (табл. 1).

За розрахунками, у сучасній Європі існує декілька зразків ефективної структури фінансування охорони здоров'я, що формують найвищий рівень суспільного здоров'я, якого можливо досягти за поточного стану економічної, соціальної та демографічної ситуації у країні. Це, зокрема, структура фінансування охорони здоров'я Франції, до якої за ефективністю тяжіють Австрія, Бельгія, Данія, Німеччина, Люксембург та Ісландія; Іспанії, з якою споріднені системи фінансування ОЗ Португалії, Хорватії, Угорщини та Польщі; структура фінансування ОЗ Кіпру, до якої тяжіють відповідні структури більшості колишніх соціалістичних країн Східної Європи та деяких країн-членів СНД, у т.ч. певною мірою й України. На території колишнього СРСР еталонними щодо структури фінансування ОЗ у контексті демографічного старіння є Азербайджан, системі фінансування ОЗ якого протягом усього періоду 1995—2009 рр. з різною силою були споріднені відповідні системи більшості країн-колишніх республік СРСР та деяких колишніх соціалістичних країн Східної Європи; а також Таджикистан, який у 2000—2004 рр. за співвідношенням вкладених у ОЗ коштів і отриманого результату здоров'я населення похилого віку виявився еталонним практично

серед усіх країн-колишніх республік СРСР та деяких східноєвропейських країн колишнього соціалістичного табору.

Аналіз схеми меж ефективності структури фінансування ОЗ (рис. 1) вказує передусім на очевидну невідповідність динаміки обсягів державного фінансування ОЗ як однієї з вхідних величин у співвідношенні з приростом тривалості життя у похилому віці як вихідної величини на теренах колишнього СРСР у порівнянні з іншими країнами Європи. Інакше кажучи, структура фінансу-



Рис. 1. Схема¹ меж ефективності структури фінансування охорони здоров'я щодо забезпечення здоров'я населення похилого віку

¹ Схема не являє собою ізокванту — справжню границю ефективності, побудова якої є складним багатоітераційним процесом

Таблиця 2. Ступінь подібності (коефіцієнт) ефективності структури фінансування ОЗ у забезпеченні охорони здоров'я населення похилого віку в Україні до інших країн Європи у вихід-орієнтованих моделях АСФ для періодів 1995—1999, 2000—2004 та 2005—2009 рр.

	1995-1999	2000-2004	2005-2009
Кіпр	0,278	0,248	0,340
Азербайджан	0,722	0,279	-
Таджикистан	-	0,473	0,660

вання ОЗ усіх країн-колишніх республік СРСР є неефективною відносно інших територій Європи. Але і у цьому середовищі Україна вирізняється особливою неефективністю використання державних коштів у забезпеченні здоров'я населення похилого віку, перебуваючи далеко за границею ефективності і у рівневому, і у динамічному аспектах. Суттєво випереджаючи пострадянські зразки ефективної структури фінансування у поточних економічних, соціальних і демографічних умовах за обсягом споживаних державних коштів на душу населення, вітчизняна система ОЗ, втім, забезпечує лише 75% можливої у таких умовах тривалості життя у похилому віці. У динаміці помітне збільшення фінансування ОЗ супроводжується надто незначним поліпшенням здоров'я населення похилого віку.

Якою ж є і якою має бути ефективна модель фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах демографічного старіння у сучасному європейському контексті? Згідно моделей АСФ, побудованих для часового відрізка 1995—2009 рр., ефективність структури фінансування охорони здоров'я у формуванні рівня здоров'я населення похилого віку в Україні у різні періоди з різною силою була споріднена з такою ефективністю для систем ОЗ Кіпру, Азербайджану і Таджикистану, які, таким чином, становлять границю зазначеної ефективності для вітчизняної системи фінансування ОЗ (табл. 2) також наближаються Латвія, Естонія та Узбекистан (табл. 1).

За подібністю ефективності структури фінансування ОЗ Україна у 1995—2009 рр. просувалась від Азербайд-

жану до Таджикистану, споріднюючись, таким чином, з середовищем середньо-азійських країн, у яких при існуючому високому рівні смертності дітей та дорослого населення висока тривалість життя у похилому віці є, скоріше, проявом ефекту відбору, ніж результатом ефективного функціонування охорони здоров'я. Такий демографічний феномен в Україні фіксувався ще наприкінці 20-х років минулого століття [22].

Певне посилення подібності ефективності фінансування ОЗ України до моделі Кіпру протягом 2005—2009 рр. визначається передусім високим темпом збільшення державних коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, що мало б бути передумовою відсутнього поліпшення здоров'я у похилому віці за європейським зразком.

Як уже зазначалося, Кіпр, Азербайджан і Таджикистан як зразки ефективного використання державних коштів у забезпеченні здоров'я населення похилого віку в умовах, що склалися, притягують у орбіту своєї ефективності не тільки Україну, але й низку інших держав пострадянського простору, таких, зокрема, як Латвія, Естонія й Узбекистан. Разом з Україною усі ці території статистично становлять найбільш споріднене середовище функціонування за ознаками структури фінансування ОЗ та формування тривалості життя у похилому віці. Не дивно, що регресійна модель, яка описує статистичний зв'язок між тривалістю життя у віці 65 років як залежною величиною, та показниками структури та обсягів фінансування охорони здоров'я як незалежними величинами, у такому середовищі має високу статистичну вірогідність (табл. 3).

Слід зазначити, що найбільш впливовою змінною за обсягом поясненої дисперсії у регресійній моделі, що розглядається, є фактичний обсяг державних витрат на охорону здоров'я, який позитивно пов'язаний з залежною величиною. Звичайно, чим багатша держава або чим більше зобов'язань у сфері охорони здоров'я вона перебирає на себе, тим вищим буде загальний рівень здоров'я населення, тим доступнішою буде охорона здоров'я для контингентів з віко-пов'язаною вразливістю здоров'я. Другою за статистичною впливовістю змінною моделі є частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, що відбиває ступінь навантаження на державний бюджет соціальних проблем поза межами охорони здоров'я. Цей показник несе в собі непряму інформацію про структуру фінансування інших галузей соціальної сфери та про ступінь участі держави у такому фінансуванні. Будучи у зворотному зв'язку з величиною очікуваної тривалості життя в старості, він відбиває важливість гармонійного розвитку усієї соціальної сфери, включаючи передусім фінансовані державою соціальне забезпечення та охорону здоров'я.

Величина загальних

Таблиця 3. Параметри регресійної моделі величини очікуваної тривалості життя у похилому віці та показників структури фінансування ОЗ для України та 6 інших країн, які за моделлю АСФ становили найбільш споріднене середовище функціонування у 1995—2009 рр. (N=89)

	B	Std.Err.	t(77)	p-level	Частка дисперсії, поясненої даною змінною, у загальній величині поясненої дисперсії, %
Незалежний член	19,61	1,47	13,38	0,00	
Середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС	0,01	0,00	18,18	0,00	59,62
Частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, %	-0,20	0,05	-3,64	0,00	33,51
Загальні витрати на охорону здоров'я як частка ВВП, %	-0,32	0,08	-4,20	0,00	4,03
Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	-0,02	0,01	-3,17	0,00	2,62
Частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я, %	-0,01	0,01	-0,95	0,35	0,23
R2	0,84				
F(5,77)	79,10				
Durbin-Watson d	0,84				
p	0,00				

витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, на відміну від усіх інших відомих моделей формування тривалості життя, у моделі для даного середовища має негативний зв'язок з залежною величиною, оскільки відбиває не обсяг коштів, що задовольняють потреби охорони здоров'я, а, скоріше, гостроту проблем здоров'я населення серед інших соціальних проблем.

Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я та частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я є змінною, що пояснює ту частку дисперсії, яка належить впливу структури фінансування ОЗ. Зворотність їх зв'язку з залежною величиною вказує на те, що ані виключно держава, ані виключно домогосподарства не є ефективними джерелами фінансування ОЗ, а найоптимальнішим у цьому відношенні є розвиток потужних недержавних джерел фінансування при розумній участі держави та громадян.

При вирішенні зворотної задачі регресії були отримані значення абсолютного та відносного росту середньої очікуваної тривалості життя у віці 65 років в Україні за умови запровадження різних напрямів державної політики у сфері фінансування охорони здоров'я (табл.4). Для порівняння фактичні величини залучених у модель показників представлені у табл. 5.

Виходячи з даних табл.4, поліпшення структури та обсягів фінансування ОЗ як чинник забезпечення охорони здоров'я населення похилого віку може бути здійснене декількома шляхами. Держава, виконуючи ст.46 Конституції України і проголосивши здоров'я населення головним політичним пріоритетом, може взяти на себе левову часту витрат на охорону здоров'я і вкласти кожну зароблену гривню у фінансування цієї сфери на шкоду вирішенню інших соціальних проблем, як це відбувається в Естонії. У цьому випадку можна очікувати на збільшення тривалості життя у віці 65 років на 12,3 %. Курйозом є те, що на таку ж величину зростає в Україні тривалість життя в старості, якщо держава повністю усунеться від фінансування ОЗ і обмежиться лише організаційно-функціональною реструктуризацією медичного обслуговування за прикладом Таджикистану. Пояснення цього феномена лежить у площині поточного стану та умов формування здоров'я населення похилого віку в Україні, які наразі баланують між двома перспективами: якщо поліпшити фінансування охороноздоровчої галузі та підвищити якість ме-

Таблиця 4. Прогноз середньої очікуваної тривалості життя у віці 65 років в Україні за умови запровадження різних напрямів державної політики у сфері фінансування охорони здоров'я

	Очікувана тривалість життя за умови здійснення відповідної політики	Збільшення порівняно з фактичною величиною (13,18 року)	
		у роках	у %
Збільшення обсягу державних витрат на ОЗ та їх частки у загальних витратах на ОЗ за прикладом Естонії	15,58	1,71	12,3
Збільшення обсягу державних витрат на ОЗ при максимізації участі домогосподарств в оплаті медичних послуг за прикладом Латвії	15,00	1,13	8,2
Збільшення обсягу державних витрат на ОЗ при зниженні частки держави у фінансуванні ОЗ через активне залучення інших джерел фінансування крім коштів домогосподарств за прикладом Кіпру	15,79	1,92	13,8
Активне залучення недержавних джерел крім коштів домогосподарств у фінансуванні ОЗ при мінімізації державного фінансування за прикладом Азербайджану	15,13	1,26	9,1
Мінімізація державного фінансування ОЗ при організаційно-функціональній реструктуризації медичного обслуговування за прикладом Таджикистану	15,57	1,70	12,3

дичного обслуговування, тривалість життя у похилому віці підвищиться за рахунок поліпшення охорони здоров'я. У випадку усунення держави від забезпечення охорони здоров'я підвищення тривалості життя в старості стане результатом підвищеного вимирання менш стійких контингентів у більш ранньому віці, що має місце у сільській місцевості України.

Найбільший приріст тривалості життя в похилому віці слід очікувати від впровадження державної політики напрошування державних інвестицій у охороноздоровчу галузь поряд з активним заохоченням розвитку недержавних фондів фінансування галузі при зменшенні навантаження на домогосподарства витрат на медичне обслуговування за прикладом Кіпру.

Найнижчий ефект може дати непропорційно велике переважання у фінансах ОЗ як коштів недержавних фондів на шкоду державному і персональному фінансуванню (як от у Азербайджані), так і коштів домогосподарств на шко-

Таблиця 5. Фактичні середні значення показників, залучених у регресійну модель величини очікуваної тривалості життя у похилому віці, та показників структури фінансування ОЗ для України та 6 інших країн, які за моделлю АСФ становили найбільш споріднене середовище функціонування у 1995–2009 рр.

	Очікувана тривалість життя у віці 65 років	Загальні витрати на охорону здоров'я як частка ВВП, %	Частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	Частка витрат на охорону здоров'я у загальних державних витратах, %	Частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я, %	Середньодушові державні витрати на охорону здоров'я у US\$ ПКС
Азербайджан	14,61*	5,5*	29,9*	7,0*	90,5	50,1*
Естонія	15,61*	5,6*	80,2*	12,0*	92,6	576,9*
Кіпр	18,25*	5,9*	40,0*	5,8*	91,9	521,5*
Латвія	15,21*	6,2	57,4	9,7	96,2*	386,4*
Таджикистан	15,31*	4,3*	28,0*	6,4*	97,4*	14,5*
Узбекистан	14,18	5,4*	50,5*	7,4*	97,4*	45,9*
Україна	13,87	6,4	56,4	9,1	92,7	167,7

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

ду участі держави та недержавних джерел фінансування (як у Латвії).

ВИСНОВКИ

Сучасний стан і структура фінансування охорони здоров'я в Україні не відповідає поточній демографічній ситуації. У середовищі європейських моделей фінансування ОЗ за ступенем ефективності існуючої системи фінансування галузі наша країна знаходиться на межі між Європою і Азією. На жаль, у динамічному аспекті наразі відбувається сповзання системи фінансування ОЗ України до середнього азійського зразка, коли контингенти населення з віко-залежною вразливістю здоров'я залишаються без підтримки держави у боротьбі з хронічними хворобами і смертю. Серед існуючих сценаріїв виходу з ситуації, що склалася, найнадійнішим і найефективнішим є подальше збільшення обсягів державного фінансування ОЗ при зниженні частки держави у фінансуванні ОЗ через активне залучення інших джерел фінансування, крім коштів домогосподарств. Така політика забезпечуватиме підвищення ефективності функціонування галузі у забезпеченні здоров'я населення похилого віку і сприятиме рівноправному входженню України принаймні у групу європейських країн ОЕСР (таких як, наприклад, Італія, Великобританія, Угорщина, Польща, Норвегія та ін. [14, с. 50]), структура фінансування ОЗ в яких включає переважно кошти державного бюджету та фондів обов'язкового медичного страхування при жорсткому державному контролі доступу до державно фінансованого медичного обслуговування і обмеженому виборі провайдерів медичних послуг.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Оскільки особливістю населення похилого віку як контингенту користувачів медичного обслуговування в Україні є його неплатоспроможність, основним напрямом подальших досліджень взаємодії фінансування охорони здоров'я як вхідного ресурсу та здоров'я у похилому віці як вихідного результату є подальший пошук управлінських засобів і методів оптимізації використання державних коштів, що витрачаються на медичне обслуговування літніх контингентів населення з забезпеченням високої якості такого обслуговування та його ефективності у збереженні здоров'я людей похилого віку.

Література:

1. Карамішев Д.В. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах Текст / Д.В. Карамішев, Н.М. Удовиченко // Зб. наук. праць ХарПІ НАДУ "Актуальні проблеми державного управління". — 2008. — № 1. — С. 230—235.
2. Skinner J. What do Stochastic Frontier Cost Functions Tell Us About Inefficiency? / J. Skinner // Journal of Health Economics. — 1994. — 13(3). — P. 323-328.
3. Dor A. Non-Minimum Cost Functions and the Stochastic Frontier: On Applications to Health Care Providers Text / A. Dor // Journal of Health Economics. — 1994. — № 13(3). — P. 329—334.
4. Chilingirian J. A. Evaluating Physician Efficiency in Hospitals: A Multivariate Analysis of Best Practices Text / J.A. Chilingirian // European Journal of Operational Research. — 1995. — № 80. — P. 548—574.
5. Chilingirian J.A. Managing Physician Efficiency and Effectiveness in Providing Hospital Services Text / J.A. Chilingirian and H.D. Sherman // Health Services Management Research. — 1990. — № 3. — P.3—15.
6. Hadley J. The Role of Efficiency Measurement in

Hospital Rate Setting Text / J. Hadley and S. Zuckerman / Journal of Health Economics. — 1994. — № 13(3). — P. 335—340.

7. Newhouse J.P. Frontier Estimation: How Useful a Tool for Health Economics? / J.P. Newhouse // Journal of Health Economics. — 1994. — № 13(3). — P. 317—322.
8. Street A. How Much Confidence Should We Place in Efficiency Estimates? / A. Street // Health Economics. — 2003. — № 12. — P. 895—907.
9. Автономов Д.Л. Компьютерная поддержка оценки эффективности управленческих решений в деятельности лечебно-профилактических учреждений / Д.Л.Автономов, В.Б.Измайлов // Информационно-измерительные и управляющие системы. — 2010. — № 12, т. 8. — С. 70—73.
10. Кочуров Е.В. Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей Текст / Е.В. Кочуров // Вестник СПбГУ. — 2005. — Сер.8, вып.3. — С. 110—128.
11. Agrell P. J. DEA-Based Regulation of Health Care Systems / P.J. Agrell, and P. Bogetoft. — Louvain-la-Neuve, Belgium: Universit — Catholique de Louvain, 2003. — 36 p. — CORE Working Paper .
12. Knox Lovell C.A. Frontier Analysis in Health Care / C.A. Knox Lovell // Health Economics. — 2009. — № 8. — P. 317—329.
13. Health Systems: Improving Performance Text : The World Health Report 2000 / World Health Organization. — Geneva: World Health Organization, 2000. — 317 p.
14. Joumard I. Health Care Systems: Efficiency and Institutions Electronic resource / I. Joumard, C. Andre and C. Nicq // OECD Economics Department Working Papers. — 2010. — No. 769. — Resource is available at: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>.
15. European health for all database (HFA-DB) Electronic resource / World Health Organization. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. — Resource is available at: <http://www.euro.who.int/HFADB>.
16. Charnes A. Measuring the Efficiency of Decision Making Units / A. Charnes, W.W. Cooper, E. Rhodes // European Journal of Operational Research. — 1978. — Vol. 2. — P. 429—444.
17. Farrell M.J. The Measurement of Productive Efficiency / M. J. Farrell // Journal of The Royal Statistical Society. — 1957. — Vol. 120. — P. 253—281. — Series A (General), Part III.
18. Моргунов Е.П. Многомерная классификация на основе аналитического метода оценки эффективности сложных систем: дис. ... канд. техн. наук: 05.13.01 / Е.П. Моргунов. — Красноярск: НИИ СУВПТ, 2003. — 160 с.
19. Моргунова О.Н. Методы и алгоритмы исследования эффективности сложных иерархических систем [Текст]: дис. ... канд. техн. наук: 05.13.01 / О.Н. Моргунова. — Красноярск: НИИ СУВПТ, 2006. — 153 с.
20. Моргунов, Е.П. Модификация метода "Анализ среды функционирования" на основе использования эталонных границ эффективности / Е.П. Моргунов, О.Н. Моргунова // Системы управления и информационные технологии. — 2007. — № 1.2. — С. 262—268.
21. Моргунов Е.П. Многомерная классификация сложных объектов на основе оценки их эффективности / Е.П. Моргунов, О.Н. Моргунова // Вестник НИИ СУВПТ: сб. науч. тр. / Под общ. ред. Н.В. Василенко. — Красноярск: НИИ СУВПТ, 2003. — Вып. 14. — С. 222—240.
22. Фойгт Н.А. Тривалість життя в похилому віці: Еволюція. Сучасність. Перспективи: моногр. / Н.А. Фойгт. — К.: Ін-текономіки АН України, 2002. — 300 с.

Стаття надійшла до редакції 09.08.2011 р.