

Електронний журнал «Ефективна економіка» включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Категорія «Б», Наказ Міністерства освіти і науки України № 975 від 11.07.2019). Спеціальності – 051, 071, 072, 073, 075, 076, 292. Ефективна економіка. 2023. № 3.

DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2023.3.58>

УДК (614.2 + 005.33) : 311.2

П. Є. Овчаренко,

здобувач вищої освіти,

Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-7870-9232>

УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У ВЗАЄМОДІЇ З ЕЛЕМЕНТАМИ ІНСТИТУЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА

P. Ovcharenko,

Student, Volodymyr Dahl East Ukrainian National University

IMPROVING THE ASSESSMENT OF PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS IN COOPERATION WITH ELEMENTS OF THE INSTITUTIONAL ENVIRONMENT

У статті поставлена проблема невідповідності підходів до формування сукупності показників оцінювання діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги інформаційним потребам оточуючого інституційного середовища у нових умовах. Визначено, що реформування системи охорони здоров'я в Україні наразі декларує перегляд не лише медичної, а й інституційної ролі закладів первинної медико-санітарної допомоги, що припускає започаткування участі закладів охорони здоров'я у

глобальному діалозі з елементами оточуючого інституційного середовища. Метою статті є логічне узагальнення ключових проблем вітчизняних підходів до оцінювання ефективності діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги та розробка принципів удосконалення оцінки діяльності закладів у взаємодії з елементами інституційного середовища. Досліджено сутність економіко-статистичних методів оцінювання, найбільш розповсюджених у світовій практиці оцінювання та аналізу діяльності у сфері охорони здоров'я. Розроблено ланцюг формування атрибутів оцінювальної системи, який визначає послідовність впливу кожного з атрибутів на кінцевий показник. Здійснено структурування інституційного середовища закладу первинної медико-санітарної допомоги, яка базується на можливостях впливу окремих інститутів на функції, виконувани закладом. Визначено та узагальнено взаємозв'язок потенційних елементів інституційного середовища, функцій закладу первинної медико-санітарної допомоги та порядку формування атрибутів оцінних показників, що може бути покладено у основу розробки сукупності показників оцінки діяльності закладу охорони здоров'я в конкретному інституційному середовищі.

The article presents the problem of non-conformity of approaches to the formation of a set of indicators for assessing the activities of primary health care institutions with information needs of the surrounding institutional environment in new conditions. It is determined that the reform of the health care system in Ukraine currently declares the revision of not only the medical but also the institutional role of primary health care institutions, which involves the initiation of the participation of health care institutions in a global dialogue with elements of the surrounding institutional environment. The article is aimed at a logical generalization of the key problems of domestic approaches to assessing the effectiveness of primary health care institutions and developing principles for improving the assessment of institutions activities in cooperation with elements of the institutional environment. The essence of economic and statistical methods of

evaluation, most common in the world practice of evaluation and analysis of activities in the field of health care, is investigated. It is proposed to use, as a basic principle, the principle of orientation of the results of evaluation and analysis on agents capable and authorized to use it to implement changes in the health care system. To do this, the assessment methodology should be embedded in the chain of decision-making, within a certain environment, from the principles of determining public policy in the field of health care to public control over the activities of health care institutions. A circuit for generating attributes of the evaluation system is developed, which determines the sequence of influence of each attribute on the final indicator. Structuring of the institutional environment of the primary health care institution was carried out, which is based on the possibilities of influence of individual institutions on the functions performed by the institution. The relationship between the potential elements of the institutional environment, the functions of the primary health care institution and the procedure for the formation of attributes of estimated indicators, which can be the basis for the development of a set of indicators for assessing the activities of the health care institution in a specific institutional environment, has been determined and generalized.

Ключові слова: *заклад первинної медико-санітарної допомоги, оцінка діяльності, інституційне середовище, показник, методика оцінювання.*

Keywords: *primary health care institution, activity assessment, institutional environment, indicator, assessment methodology.*

Постановка проблеми. Ключовим аспектом реформування системи охорони здоров'я в Україні є перегляд не лише медичної, а й інституційної ролі закладів первинної медико-санітарної допомоги (надалі ПМСД), що припускає участь закладів ПМСД та складових оточуючого інституційного середовища у так званому глобальному діалозі. Ця участь повинна виходити за межі контексту надання та використання медичних послуг та стати

ключовим фактором реалізації здоров'я як права людини.

Алма-Атинська декларація (пізніше Декларація Астани) про первинну медико-санітарну допомогу визначила, що люди мають право брати індивідуальну та колективну участь у плануванні та здійсненні своєї медичної допомоги [1]. Поєднання факту виключної важливості ПМСД у житті людей та права людей, або у ширшому розумінні загалом учасників інституційного середовища, впливати на сферу охорони здоров'я неодмінно призводить до актуалізації проблеми оцінки та аналізу взаємних впливів у цих відносинах.

У найпростішому розумінні участь інституційного середовища найчастіше розглядається як втручання для покращення результатів здоров'я, а не як процес реалізації та підтримки програм охорони здоров'я для підтримки цих результатів. Щоб зрозуміти зв'язок між участю інституційного середовища та покращенням результатів у сфері охорони здоров'я, потрібні нові підходи до оцінювання цих процесів.

Сучасні вітчизняні підходи до оцінювання діяльності закладів ПМСД базуються здебільшого на традиціях статистичного обліку. Сукупність використовуваних оцінних показників є залежною від ступеня інформаційного та статистичного забезпечення вихідною інформацією. Питання, наскільки результати оцінювання є корисними для аналізу взаємодії закладу ПМСД та оточуючого середовища, взагалі майже не підіймаються. Але, з іншого боку, учасники оточуючого середовища, зокрема громади, не розуміють, що відбувається у закладах ПМСД та, відповідно, не розуміють – на чому будувати той глобальний діалог.

Отже, актуальною проблемою сучасного етапу медичної реформи в Україні є зміна підходів до оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я як з метою удосконалення внутрішніх управлінських процесів, так і з метою удосконалення взаємодії з елементами інституційного середовища.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У світовій практиці, при

кількісній оцінці ефективності діяльності закладів ПМСД переважно застосовуються економіко-статистичних методів оцінювання, до найбільш вживаних з яких відносяться: метод аналізу охоплення вхідних даних (DEA) [2,3,4,5], модель розрахунку індексу Малмквіста [6] та модель "Tobit" [7]. Два останніх – є радше способами уточнення та доповнення DEA. Це непараметричні підходи, які дають відносну оцінку, завжди залежну від певної точки порівняння.

Аналізуючи сутність цих методів можна зрозуміти, що світова практика оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я базується на застосуванні підходу, подібного до оцінювання ефективності за виробничою функцією, де оцінюються окремо показники входу, виходу та фактори впливу. Сучасна адаптація цього підходу саме до сфери охорони здоров'я полягає лише у специфічній інтерпретації факторів впливу. Наприклад, у дослідженні [8] запропоновано оцінювати ефективність та якість системи охорони здоров'я у вигляді входів (робоча сила, інструменти, обладнання, приміщення тощо), процесів догляду (дотримання рекомендацій, комунікація тощо) та результатів (захворюваність, смертність, охоплення тощо). Тобто при цьому підході показники процесів догляду стають факторами впливу. Автори цього дослідження підкреслюють складність визначення методик оцінювання ефективності у системі охорони здоров'я та ще більшу складність формування масиву вихідних даних, що у сукупності могло б забезпечувати необхідну статистичну достовірність та надійність результатів оцінювання. Тому вони рекомендують дивитися на можливі джерела інформації для оцінювання значно ширше (табл. 1).

Таблиця 1. Можливі джерела вихідної інформації оцінювання ефективності та якості у системі охорони здоров'я

Джерела даних	Можливі напрями оцінки та аналізу
Формальні адміністративні дані (наприклад, базовані на helsi.me та nszu.gov.ua)	Контроль роботи закладу та його керівництва; моніторинг стану здоров'я на рівні громади та регіону; наслідки медичної допомоги для здоров'я за зверненнями населення.
Медичні картки (у т.ч. електронні)	Контроль роботи закладу та його керівництва; визначення потреб у медичній та клінічній допомозі; моніторинг стану здоров'я на рівні громади та регіону.
Опитування населення	Дослідження як користувачів, так і некористувачів системи охорони здоров'я; вивчення досвіду пацієнтів щодо звернень та результатів медичної та клінічної допомоги; дослідження ступеня охоплення закладами охорони здоров'я потреб населення, впевненості та економічної вигоди; можливість відпрацьовувати на населенні інноваційні методи оцінювання.
Оцінка матеріальних об'єктів	Оцінка робочої сили, інструментів, обладнання, джерел фінансування для багаторівневого порівняльного аналізу; дослідження точки зору користувача матеріальними об'єктами у системі охорони здоров'я.
Реєстри пацієнтів	Відстежування досвіду, про який повідомляють пацієнти, і вимірювання результатів протягом певного часу.
Система реєстрації актів цивільного стану	Моніторинг стану здоров'я населення для прогнозів і планування.

Джерело: складено автором на основі [8].

З іншого боку, оцінка діяльності закладів сфери охорони здоров'я повинна корелювати з напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я. Ці напрями за своєю структурою дуже різноманітні, що потребує різних за суттю засобів оцінювання. Перший умовний блок напрямів державної політики потребує порівняння взаємодії з елементами інституційного середовища між собою та порівняння у часі. Наприклад, це ефективність реалізації програми державних медичних гарантій. Для цього використовуються переважно економіко-статистичні методи із загальновідомими методиками оцінювання та трактування результатів. Другий умовний блок напрямів державної політики потребує оцінювання ефективності та результативності конкретного закладу охорони здоров'я безвідносно до інших або до певної референтної точки порівняння.

Наприклад, це оцінювання результативності діяльності керівника закладу. Тут ситуація складніша і з методичної, і з методологічної точки зору. Загальноприйнятими є лише показники описової статистики, системи спеціалізованих показників допоки не існує.

Аналіз наукових досліджень у сфері оцінювання ефективності закладів охорони здоров'я призводить до двох ключових висновків. По-перше, будь-яке оцінювання закладів сфери охорони здоров'я є непрямим, опосередкованим, а, відповідно, ймовірнісним, так як показники входу та виходу системи не є функціонально пов'язаними. По-друге, сама по собі адекватна методика оцінки ефективності закладів охорони здоров'я не є запорукою успішного управління цією ефективністю – перш за все, результати оцінки та аналізу повинні діставатися агентів, здатних і уповноважених використовувати її для здійснення змін у системі охорони здоров'я. Для цього методика оцінки повинна вбудовуватися у ланцюг прийняття рішень, в межах певного середовища, починаючи із засад визначення державної політики у сфері охорони здоров'я і закінчуючи громадським контролем за діяльністю закладів охорони здоров'я.

Метою статті є логічне узагальнення ключових проблем вітчизняних підходів до оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД та розробка принципів удосконалення оцінки діяльності закладів у взаємодії з елементами інституційного середовища.

Виклад основного матеріалу. Загальноприйнято, що діяльність закладів ПМСД є основою системи охорони здоров'я в країні. Ефективність діяльності ПМСД та доступність медичної допомоги розглядається як один з ключових засобів досягнення Цілей сталого розвитку.

Розглядаючи проблематику оцінювання діяльності закладів ПМСД обов'язково спочатку потрібно говорити про загальний контекст діяльності цих закладів та оцінювання цієї діяльності.

До медичної реформи в Україні планування ПМСД здійснювалося на регіональному рівні та консолідувалося на національному рівні. Це

планування було частиною бюджетного планування в країні та не було частиною процесів партисипативного управління на рівні окремих громад. У відповідності до цього, політика та цілі ПМСД були централізованими та мало відповідними потребам громади. Натомість, за рахунок децентралізації, держава намагалася досягти уніфікованого за формами державного контролю, контрольованості ризиків та відповідальності керівництва закладами.

Такий підхід нехтував можливостями залучення громади та розширенням її можливостей, а також зміцненням місцевих систем охорони здоров'я за рахунок інноваційних та швидких втручань.

Медична реформа дозволила наблизитися до вимог "Декларації Астани", де ПМСД базується на трьох ключових принципах: (1) первинна медична допомога та основні функції громадського здоров'я як ядра інтегрованих медичних послуг; (2) наділені повноваженнями люди та громади; та (3) багатосекторальна політика та дії [1].

Але, як не дивно, медична реформа в Україні, незважаючи на наміри наближення до світових стандартів, навпаки ускладнила оцінювання ефективності закладів ПМСД та додала до оцінювання низку загальносвітових проблем. Якщо у дореформеній системі охорони здоров'я існували переважно методологічні та методичні складності оцінювання, то наразі до них додалися інституційні.

До ключових причин, що зумовлювали методологічні та методичні складності оцінки, відноситься занадто централізоване управління закладами ПМСД. Це призводило та призводить до переоцінки важливості показників входу порівняно з іншими. Показники входу переважно складаються з ресурсних та фінансових. На практиці це означає, що в Україні занадто захоплюються аналізом показників витрат закладів ПМСД і ефективність діяльності закладу підмінюється ефективністю використання витрат.

Обмежувати оцінювання ефективності ПМСД лише на основі дослідження витрат є малодоцільним. У багатьох дослідженнях, зокрема

[2,9,10] вказується на те, що майже неможливо встановити причинно-наслідковий зв'язок між витратами на ПМСД та результатами для здоров'я населення. Загалом визнається, що ефективність витрат на ПМСД та тенденції цієї ефективності наразі невідомі та статистично значущого зв'язку між витратами на ПМСД та іншими показниками широких переваг у сфері охорони здоров'я, такими як смертність серед дорослих у будь-якому віці, тягар інфекційних і неінфекційних захворювань та індекс ефективного охоплення не знаходиться [10]. У кожній країні застосовуються власні алгоритми та методики оцінювання витрат, що базуються на національних системах збирання даних.

Стосовно інституційних складнощів у публікації колективу авторів під керівництвом Margaret E. Kruk відзначається: "...пропонується оцінювати системи охорони здоров'я насамперед за їхнім впливом, включаючи покращення здоров'я та його справедливий розподіл; на довіру людей до своєї системи здоров'я; на їхню економічну вигоду, і процеси догляду, що складаються з компетентного догляду та позитивного досвіду користувача. Основи високоякісних систем охорони здоров'я включають населення та його потреби та очікування щодо охорони здоров'я, управління сектором охорони здоров'я та партнерство між секторами, платформи для надання медичної допомоги, кількість та навички робочої сили, а також інструменти та ресурси, від ліків до даних. Високоякісні системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на чотирьох цінностях: вони призначені для людей, вони справедливі, стійкі та ефективні" [8]. Простіше кажучи, майже усі запропоновані до використання оцінні характеристики у системі охорони здоров'я є інституційними. На їхній основі оцінюється, перш за все, інституційна взаємодія за показниками, що відносяться і до входу, і до виходу, і до факторів впливу у системі. Це зумовлює виключну цінність результатів оцінки, але дуже ускладнює її проведення.

У якості прикладу сучасних підходів до визначення умовно інституційних напрямів оцінки закладів ПМСД саме для країн з низьким та

середнім рівнем доходу можна навести ініціативу PRIMASYS та Ініціативу ефективності первинної медичної допомоги [11].

PRIMASYS визначає набір ключових напрямів оцінювання: 1) політику та системи первинної медичної допомоги (наприклад, успіхи та невдачі реформування системи первинної медичної допомоги); 2) управління та архітектура системи; 3) фінансування; 4) людські ресурси; 5) планування, впровадження, моніторинг, оцінка та інформаційні системи; 6) регулятивні процеси; 7) участь громади; 8) надання послуг; 9) інфраструктура та постачання; 10) пріоритети зміцнення системи первинної медичної допомоги.

Структура напрямів Ініціативи з ефективності первинної медичної допомоги простіша та стосується таких сфер: 1) система первинної медичної допомоги (тобто управління та керівництво, фінансування охорони здоров'я та пристосування до потреб населення в охороні здоров'я); 2) вхідні ресурси, такі як ліки, матеріали, інфраструктура, інформаційні системи управління охороною здоров'я, робоча сила та кошти; 3) надання послуг, включаючи доступ до догляду, доступність догляду, догляд, орієнтований на людей, організацію та управління [11]. Ця структура напрямів за суттю близька до класичної оцінної моделі.

Отже, слід констатувати, що в основу визначення певної методики чи технології оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД в Україні повинна бути покладена чітка модель інституційних відносин закладу ПМСД та оточуючого середовища. Тобто перш ніж щось оцінювати потрібно розуміти, хто є користувачем конкретних результатів оцінювання. І, навпаки, допоки не визначені точно агенти інституційної взаємодії – не зрозуміло, що потрібно оцінювати. Це – рух по колу, допоки не буде сформована інституційна матриця діяльності закладу ПМСД.

З метою підвищення адекватності оцінювання діяльності закладу ПМСД у межах певного інституційного середовища слід розглянути та врахувати важливий принцип структуризації цього середовища з точки зору атрибутів його вимірюваності. На рис. 1 наведено ланцюг формування

атрибутів оцінювальної системи, який унаочнює послідовність впливу кожного з атрибутів на кінцевий показник.

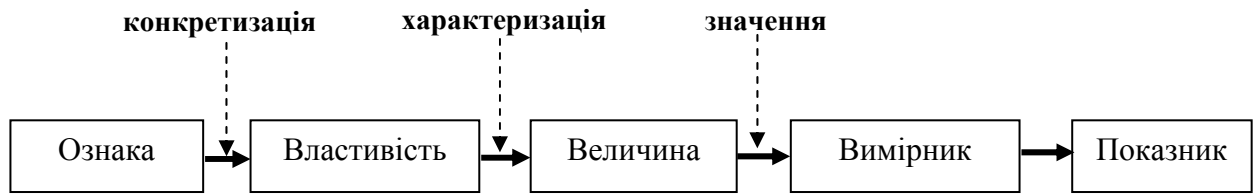


Рис. 1. Ланцюг формування атрибутів показника

Розроблено автором.

Першим атрибутом є ознака, що являє собою доволі широкий об'єктивізований якісний опис явища чи процесу. Властивість є атрибутом, який конкретизує та суб'єктивізує ознаку у певному інституційному контексті. Тобто властивість є відповідальною за можливість кількісного оцінювання і вона визначає контекст використання кількісного підходу. Величина є фізичною характеристикою властивості, що підлягає вимірюванню, та має можливість здійснювати градацію характерних властивостей. Вимірник обирається відповідним для величин фізичних характеристик властивості. І, насамкінець, показник агрегує у собі усі вказані атрибути і його назва, сутність та аналітичні властивості повинні обов'язково враховувати усі попередні атрибути.

Одним з ключових слабких місць оцінювання діяльності закладів ПМСД є орієнтація на атрибут ознаки, у той час коли орієнтація повинна бути на атрибут конкретизованої властивості оцінюваного явища або процесу. Наприклад, широко вживаним показником діяльності закладів ПМСД є щільність ліжко-місць надання ПМД (шт. на 100 тис. населення). Цей показник розраховується шляхом ділення загальної кількості ліжко-місць у закладах ПМСД певного регіону на чисельність населення цього регіону. При цьому чисельність населення є об'єктивною ознакою, але не властивістю, регіону. Ознака, у даному випадку і даному контексті, визначає лише факт наявності населення, без подальшої конкретизації. Відповідно

порівняння двох регіонів за вказаним показником є адекватним лише за умови відмінності регіонів на рівні ознаки. Тобто регіону, де є населення, та регіону, де його немає, наприклад, Антарктиди. У інших випадках, коли регіони однакові за наявністю ознаки, сенсу порівняння немає.

Натомість властивістю, у даному прикладі, може виступати чисельність населення у регіоні, скоригована на реальну потребу використання ліжко-місць. Тобто величиною для коригування можуть виступати: фізична доступність закладів ПМСД, відсоток населення регіону з укладеними деклараціями, середній рівень згоди на госпіталізацію тощо. У такому випадку розрахований показник дозволить порівнювати регіони не лише за спільністю ознак, а й за спільністю властивостей, але до певної межі. Наприклад, так можна порівняти Волинську та Кіровоградську області, але не можна Волинську та Київську. Потреби населення, як конкретизовані властивості Київської області, будуть відмінними від населення Волинської області.

Отже, повертаючись до впливу інституційного середовища закладу ПМСД на технології оцінювання його діяльності, слід відзначити, що невід'ємною особливістю цього оцінювання буде відмінність та, у багатьох випадках, неспівставність властивостей конкретного інституційного середовища конкретного закладу ПМСД. У свою чергу, це критично утруднює або взагалі робить недоцільним створення універсальних методик оцінювання для будь-яких випадків інституційного середовища. І це є загальносвітовою проблемою. Розроблено безліч методик високоякісного оцінювання діяльності закладів охорони здоров'я у межах певного простору, але результати оцінювання є дуже складно порівнювані між собою. Але у розвинених країнах завдання порівняння територій чи громад є другорядним, а саме вирішення потреб та досягнення цілей конкретної громади (або території) є першочерговим та ключовим.

Структуризація інституційного середовища закладу ПМСД повинна базуватися на можливостях впливу окремих інститутів на функції,

виконувані закладом ПМСД. У табл. 2 наведено типовий набір функцій закладу ПМСД. У реальності їх звісно більше, але для демонстрації принципу зупинимося на цьому наборі.

Таблиця 2. Типові функції закладу ПМСД

Функція	Зміст функції
Медична	Надання медичних послуг
Соціальна	Забезпечення зайнятості
Регіональна	Участь суспільному розвитку громади, де розташований заклад
Ресурсно-технологічна	Обмін та використання ресурсів, технологій і способів діяльності
Бюджетно-податкова	Виконання бюджетів різних рівнів
Інноваційна	Ініціювання, зародження і просування інновацій
Стабілізуюча	Забезпечення стійкості здоров'я населення
Освітньо-кваліфікаційна	Підвищення компетентності працівників шляхом отримання нових знань, навичок, досвіду
Фінансово-інвестиційна	Формування фінансових потоків, пов'язаних з кредитуванням, інвестуванням тощо

Складено автором.

Інституційне середовище здійснює вплив на механізми реалізації певних функцій шляхом інституційного тиску або інституційної взаємодії. При цьому види впливу є також різними. Наприклад, на заклад ПМСД інституційний тиск здійснюється за такими видами впливу:

1. Вплив відносин власності (інститути приватної власності, інститути колективної (громадської) власності, інститути державної власності, інститути захисту власності тощо).

2. Вплив державного адміністрування та регулювання (інститути державної підтримки, інститути державного регулювання ринку медичних послуг, інститути державного обмеження, інститути державного регулювання зайнятості тощо).

3. Ринковий вплив (інститути товарних ринків, інститут контрактних відносин тощо).

Інституційна взаємодія здійснюється за такими видами впливу:

1. Культурний вплив (інститути наукового, інноваційного і технологічного розвитку, інститут морально-етичної громадської думки,

інститути культури і культурних звичаїв тощо).

2. Вплив громади (інститут громадської участі, інститут соціальної інфраструктури, інститут соціальних змін тощо).

3. Екологічний вплив (інститути охорони навколишнього середовища, інститути екологізації сфери послуг, інститути сталого розвитку територій тощо).

Перелік впливів та інститутів всередині них не є вичерпним, але саме тому завдання визначення усіх елементів інституційної матриці закладу ПМСД є першим та найскладнішим завданням створення релевантної системи оцінки ефективності діяльності закладу ПМСД.

Взаємозв'язок потенційних елементів інституційного середовища, функцій закладу ПМСД та порядку формування атрибутів оцінних показників узагальнимо на рис. 2.

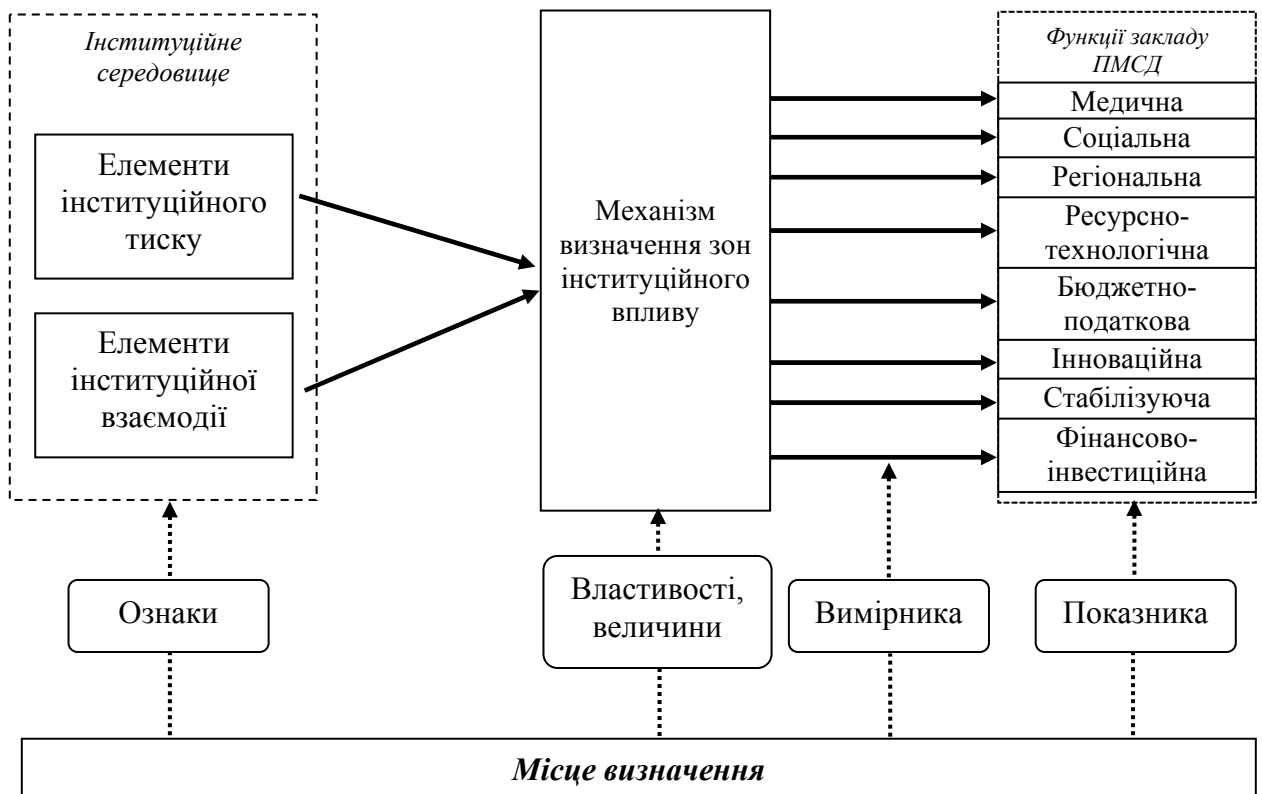


Рис. 2. Порядок формування атрибутів оцінних показників у взаємодії з елементами інституційного середовища

Розроблено автором.

Порядок, наведений на рис. 2, унаочнює бажану послідовність дій з визначення показника для оцінювання діяльності, у тому числі ефективності діяльності, закладу ПМСД. Ключовим елементом порядку є механізм визначення зон інституційного впливу, який дозволяє розподілити вплив складових інституційного середовища, що являє собою усього два комплексних типи, на впливи на окремі функції. Розподіл базується на визначенні властивостей та величин, що можуть бути співвіднесені напряду з конкретними функціями. При визначенні шляхів переносу впливу визначається релевантний вимірник кількісних характеристик. При співставленні властивості окремого елемента інституційного середовища з певною функцією формулюється мета оцінювання і відповідно визначається найбільш вдалий для цього показник.

Саме у результаті застосування цієї послідовності може з'явитися показник, що релевантно кількісно відобразить певний аспект взаємодії закладу ПМСД та інституційного середовища.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Кожний заклад ПМСД існує у складно структурованому унікальному інституційному середовищі. Оцінка ефективності діяльності закладу повинна відображати параметри взаємовідносин з якомога більшою кількістю учасників оточуючого середовища. Ґрунтувати цю оцінку лише на інформаційних забаганках ієрархічно вищих установ, без розуміння – навіщо обраховуються ті чи інші показники, це контпродуктивний шлях. Через оцінку ефективності заклад ПМСД повинен розуміти своє місце і свій результат у громаді чи території, і завдяки цьому покращувати виконання своєї основної соціальної функції – турботи про здоров'я населення.

Наступним важливим рівнем вирішення проблеми є формування сукупностей показників. Використовувані сьогодні сукупності показників не є системами показників у прямому розумінні цього терміну. Ці сукупності не відповідають вимогам до систем показників і тому ефективність процесу

оцінювання значно нижче, ніж хотілося б. Ключовими вимогами до показників, що утворюють систему, є взаємопов'язаність, доповнюваність та несуперечливість результатів вимірювання. Для системи показників більше не означає краще. Прикладами систем показників, що отримали загальносвітове визнання є: "Balanced Scorecard" ("система збалансованих показників"); "Value Based Management" ("управління вартістю"); "DuPont"; "Tableau de Board" ("панель приладів"); "Management by Objectives" ("управління за цілями").

Крім іншого, система показників дає можливість оцінювати в динаміці не лише рівень показників, що входять до її складу, а й зміни властивостей оцінюваного об'єкту, що виражені певними показниками. Простіше кажучи, зведення простих сукупностей показників у обґрунтовані системи дасть можливість прискорити та здешевити оцінку на тлі суттєвого підвищення релевантності результатів. У випадку з оцінюванням діяльності закладів ПМСД сукупності показників рекомендовано формувати у відповідності до структури елементів інституційного середовища.

У загальному контексті потребує вирішення проблема того, що результати оцінювання ефективності не стають основою підзвітності керівництва закладів ПМСД. Лише невелика кількість використовуваних показників стосується результатів діяльності керівників закладів ПМСД. Але, і у цьому випадку, показники не стають основою підзвітності керівництва. Це знецінює аналітичні зусилля. Якщо система оцінювання не слугує основою зокрема для кадрової політики, існує небезпека, що показники просто будуть "малювати", тому що за їхній рівень ніхто не несе відповідальності. При цьому оцінна система буде достатньо вартісною. Прив'язування ж ключових показників результативності до КРІ керівництва змусить усіх значно уважніше відноситися до формування сукупностей та обрахунку показників.

До найбільш перспективного напрямку подальших досліджень у межах проблемного поля є дослідження взаємовідносин з найважливішим елементом оточуючого середовища закладу ПМСД – громади та її потреб.

Оцінювання ступеня участі та ефективності втручання громади у діяльність закладів ПМСД є актуальним завданням сьогодення.

Література

1. Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Hollingsworth B. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science*. 2003. Vol. 6. pp. 203–218. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1026255523228>
3. Pelone F., Kringos D.S., Romaniello A. et al. Primary Care Efficiency Measurement Using Data Envelopment Analysis: A Systematic Review. *Journal of Medical Systems*. 2015. Vol. 39. Art. 156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-014-0156-4>
4. Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E. Measuring the Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research*. 1978. Vol. 2. pp. 429–444. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
5. Banker R.D., Charnes A., Cooper W.W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*. 1984. Vol. 30. pp.1078–1092. DOI: <https://doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078>
6. Caves D.W., Christensen L.R., Diewert W.E. The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica*. 1982. Vol. 50 (6). pp. 1393–1414. DOI: <https://doi.org/10.2307/1913388>
7. Tobin J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica*. 1958. Vol. 26. pp. 24-36. DOI: <https://doi.org/10.2307/1907382>
8. Kruk Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*. 2018. Vol. 6(11). pp. 1196-1252. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
9. Schneider M.T., Chang A.Y., Crosby S.W. et al. Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries,

2000–2017. *BMJ Global Health*. 2021. Vol. 6(8). Art. e005798. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005798>

10. Vande Maele N., Xu K., Soucat A. et al. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2019. Vol. 4(1). Art. e001497. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001497>

11. Langlois E.V., McKenzie A., Schneider H., Mecaskey J.W. Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020. Vol. 98(11). pp. 781-791. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.20.252742>

References

1. World Health Organization (2018), “Declaration of Astana”, available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (Accessed 4 March 2023).
2. Hollingsworth, B. (2003), “Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care”, *Health Care Management Science*, Vol. 6, pp. 203–218.
3. Pelone, F. Kringos, D. Romaniello, A. et al. (2015), “Primary Care Efficiency Measurement Using Data Envelopment Analysis: A Systematic Review”, *Journal of Medical Systems*, Vol. 39, Art. 156.
4. Charnes, A. Cooper, W. and Rhodes, E. (1978), “Measuring the Efficiency of Decision Making Units”, *European Journal of Operational Research*, Vol. 2, pp. 429-444.
5. Banker, R. Charnes, A. and Cooper, W. (1984), “Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis”, *Management Science*, Vol. 30, pp.1078–1092.
6. Caves, D. Christensen, L. and Diewert, W. (1982), “The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity”, *Econometrica*, Vol. 50 (6), pp. 1393–1414.

7. Tobin, J. (1958), “Estimation of relationships for limited dependent variables”, *Econometrica*, Vol. 26, pp. 24–36.
8. Kruk, M. et al. (2018), “High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution”, *The Lancet. Global health*, Vol. 6(11), pp. 1196-1252.
9. Schneider, M. Chang, A. and Crosby, S. (2021), “Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000–2017”, *BMJ Global Health*, Vol. 6(8), Art. e005798.
10. Vande Maele, N. Xu, K. and Soucat, A. (2019), “Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries”, *BMJ Global Health*, Vol. 4(1), Art. e001497.
11. Langlois, E. McKenzie, A. Schneider, H. and Mecaskey, J. (2020), “Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 98(11), pp. 781-791.

Стаття надійшла до редакції 20.03.2023 р.