

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної
роботи

**МЕТОДИКА ОЦІНКИ СТРУКТУРНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ТЕРИТОРІАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні рекомендації
(151.13/304.13)

Київ - 2013

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної
роботи

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги

Міністерства охорони здоров'я України

УПРАВЛІННЯ
СПРАВАМИ



М. К. Хобзей

«13» вересня 2013 р.

**МЕТОДИКА ОЦІНКИ СТРУКТУРНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ТЕРИТОРІАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні рекомендації
(151.13/304.13)

Київ-2013

Установа – розробник:

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Укладачі:

Лехан В. М., д.мед.н., професор

Крячкова Л. В., к.мед.н., доцент

Борвінко Е.В., к.мед.н., доцент

Рецензенти:

Завідуючий кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор В.А. Огнєв

Завідуюча кафедрою охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., доцент Клименко В. І.

Затверджено на засіданні Вченої Ради ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол №11 від 30.05. 2013 р.)

Затверджено на засіданні Проблемної комісії «Соціальна медицина» МОЗ та НАМН України (протокол №6 від 27.06. 2013 р.)

Зміст

	стор.
Зміст	3
Визначення термінів і перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я	9
Окремі показники - складові інтегрального показника структурної ефективності.....	12
Приклад оцінки інтегрального показника структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я	19
Висновки	25
Бібліографічний опис.....	27
Додаток. Карта експертної оцінки визначення складових інтегрального показника структурної ефективності.....	29

Визначення термінів і перелік умовних скорочень

Структура медичної допомоги	- Розподіл обсягів медичних послуг та їх ресурсного забезпечення між рівнями надання медичної допомоги [2, 3].
Структурна ефективність системи охорони здоров'я	- Характеристика структури медичної допомоги з точки зору ефективності використання наявних ресурсів та кінцевих результатів діяльності системи у вигляді показників здоров'я населення. Характеризує наскільки раціональний набір складових компонентів системи і наскільки дієві механізми взаємозв'язку між ними [2].
Інтегральний показник структурної ефективності системи охорони здоров'я (S)	- Коефіцієнт, який показує наскільки високий рівень структурної ефективності у системи охорони здоров'я певної території. Вимірюється у діапазоні від 0 до 1, де 0 – найменший, а 1 – найбільший рівень структурної ефективності.
Окремий (самостійний) показник структурної ефективності системи охорони здоров'я	- Загальноприйнятий показник у статистиці охорони здоров'я, за допомогою якого можна охарактеризувати окремі аспекти структурної ефективності системи охорони здоров'я та розрахувати інтегральний показник структурної ефективності.
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ДС	- Денний стаціонар
ЗОЗ	- Заклад охорони здоров'я
ОЗ	- Охорона здоров'я
ПМД	- Первинна медична допомога
СЗТ	- Стаціонарзамінні технології

Вступ

Актуальність проблеми. Для оцінки результатів діяльності територіальних систем охорони здоров'я, що тривалий час функціонували в рамках моделі Семашко, додатково до критеріїв, визначених ВООЗ (досягнення у поліпшенні стану здоров'я населення; дотримання фінансової справедливості; підвищення чутливості системи до очікувань населення) доцільно використовувати інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я. Він характеризує наскільки ефективно з точки зору одержання кінцевих результатів використовуються наявні ресурси, тобто наскільки раціональний набір складових компонентів системи і наскільки дієві механізми взаємозв'язку між ними. Враховуючи це, показники структурної ефективності здатні відбивати структурні диспропорції у системі охорони здоров'я і прогрес у їх подоланні.

В Європейських країнах потреба у показнику структурної ефективності для комплексної оцінки медичного обслуговування незначна завдяки специфіці їх моделей систем охорони здоров'я, проте система охорони здоров'я (ОЗ) України має певні особливості – наслідки старої моделі, пов'язані з деформованою структурою медичної допомоги та зміщенням ресурсів у бік більш витратних медичних послуг [9 - 13], що і обумовлює необхідність оцінки структурної ефективності охорони здоров'я в країні. Актуальність вирішення цієї проблеми підсилюється значним потенціалом подібних змін, які здатні за умов практичної реалізації позитивно вплинути на результати діяльності системи та стан здоров'я населення.

Необхідність у подібних оцінках визначається і тим, що гострота проблеми, незважаючи на проведені в країні реформи, не слабшає, а навпаки зростає, оскільки структурна неефективність знецінює будь-які додаткові вкладення в систему охорони здоров'я і без її розв'язання здатна нівелювати заходи реформаторського впливу на галузь.

Наукова новизна запропонованої інноваційної технології полягає у тому, що вперше в Україні розроблено методику оцінки структурної

ефективності систем охорони здоров'я (територіальних, національної), обґрунтовано доцільність її використання для забезпечення моніторингу структурних перетворень та апробовано її для оцінки дієвості заходів щодо модернізації галузі.

Методи які застосовують більшість дослідників для оцінки структурної ефективності ОЗ базуються переважно на розрахунку стандартних або синтезованих показників використання ресурсів галузі та діяльності окремих закладів охорони здоров'я [4, 6 - 8]. Підхід, запропонований російським дослідниками у співпраці з Європейським регіональним бюро ВООЗ [7, 8], що було взято за основу при розробці запропонованої методики, не враховував специфіку і потреби української системи охорони здоров'я та її статистичне забезпечення.

Перевагами запропонованої інноваційної технології є можливість оцінки структурної ефективності систем охорони здоров'я за допомогою інтегрального показника на підставі самостійного визначення кількісного та якісного його складу з урахуванням вагового внеску в його значення окремих традиційних показників структурної ефективності.

Досліджень, які б розглядали інтегральні показники структурної ефективності національної та територіальних систем охорони здоров'я через призму впливу на результати діяльності галузі в країні бракує, а методик, які б оперували інтегральним індикатором для оцінки структурної ефективності не існує.

Доцільність впровадження запропонованої інноваційної технології полягає у тому, що її застосування дозволить оцінювати і порівнювати структурну ефективність територіальних та національної систем охорони здоров'я, простежувати її динаміку, визначати чинники, що впливають на показники та оцінювати результативність заходів щодо оптимізації структурного розподілу медичних послуг за рівнями медичної допомоги.

Мета дослідження полягала у науковому обґрунтуванні методики оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я на підставі

визначення переліку та вагового внеску окремих показників структурної ефективності в інтегральний коефіцієнт та апробацію алгоритму його визначення в ході моніторингу структурної перебудови галузі.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування способів поліпшення ефективності системи охорони здоров'я на регіональному рівні» (№ держреєстрації 0111U008122, строки виконання 2010 – 2012 рр.) кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Дизайн дослідження

Об'єкт дослідження. Територіальна (регіональна, національна) система охорони здоров'я.

Предмет дослідження. структурна ефективність територіальних систем охорони здоров'я.

Інформаційною базою наукового дослідження стали статистичні дані, почерпнуті з різноманітних джерел : європейської бази даних "Здоров'я для всіх"; бази даних "Здоров'я для всіх" Україна; звітів про виконання державного бюджету казначейської служби України; даних галузевої статистичної звітності; національних рахунків охорони здоров'я України; щорічних доповідей про результати діяльності системи охорони здоров'я України, які було використано для розробки та опрацювання оригінальної методики оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я. Методика була використана для оцінки структурної ефективності національної та регіональних систем охорони здоров'я в динаміці за 2009-2012 рр. При розробці методичних рекомендацій використано комплекс класичних та сучасних методів дослідження: графо-аналітичний, медико-статистичний, експертних оцінок, порівняльного аналізу, прогнозування.

Розрахунки проведено за загальноприйнятими методами з використанням програм EXCEL-2010 і STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA).

Методичні рекомендації призначені для управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів місцевого самоврядування центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я різного рівня, науковців і викладачів.

Видаються в Україні вперше.

Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я

Структурна ефективність територіальних систем ОЗ звичайно оцінюється на підставі низки показників (забезпеченість населення амбулаторно-поліклінічними і стаціонарними закладами, лікарняними ліжками тощо), які виступають як окремі (самостійні) індикатори, що відокремлено характеризують різні види та служби медичної допомоги і вимірюються в різних одиницях. Нами запропоновано підхід, який дозволяє згорнути різноманітні індикатори в інтегральний показник структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я через визначення внеску кожного самостійного індикатора (окремої складової) пропорційного його вазі, що визначається експертним шляхом за 10-ти бальною шкалою.

Інтегральний показник структурної ефективності розраховується за формулою:

$$S = \frac{\sum_{k=1}^n r_k}{\sum_{k=1}^n g_k} \quad (1),$$

де: r_k - оцінка внеску k -го індикатору; n – кількість окремих індикаторів; g_k - вага окремого індикатору.

Показник S формується таким чином, що він зростає зі збільшенням структурної ефективності у діапазоні від 0 до 1. Та територіальна система охорони здоров'я, яка має низьку структурну ефективність, матиме показник S близький до 0, а та, у якої найвищий рівень структурної ефективності, отримає максимальне значення близьке до 1.

Інтегральний показник структурної ефективності S_i для i -тої території розраховується за формулою:

$$S_i = \frac{\sum_{k=1}^n r_k^i}{\sum_{k=1}^n g_k} \quad (2),$$

де: r_k^i - оцінки вкладу k -го окремого індикатору i -тої території в інтегральний показник структурної ефективності; n – кількість окремих індикаторів; g_k - вага кожного окремого індикатору.

У чисельнику підсумовуються значення окремих індикаторів. У знаменнику підсумовуються значущості (ваги) g_k окремих індикаторів, представлених у чисельнику.

Оцінка внеску окремого індикатора здійснюється за наступним алгоритмом:

1) Серед усіх обчислених значень кожного окремого індикатора за всіма територіями (областями) V_1^i знаходиться його найменше значення (min) та найбільше значення (max). Мінімальне та максимальне значення визначаються для усіх самостійних індикаторів.

Найменше значення і найбільше значення кожного окремого індикатора визначають діапазон, у якому лежать значення розрахованого показника. Для коректності порівняння за інтегральним показником структурної ефективності, можна звужити цей діапазон, замінивши одну або обидві межі діапазону на експертні значення. Це доречно у випадку коли значення показника певної території виходить за задані межі (при відсутності даних про значення показника або його нульовому значенні тощо). Це також забезпечує підвищення чутливості алгоритму у випадку, коли значення окремого індикатора певної території різко контрастують зі значеннями інших територій.

2) Оцінка вкладу r_k^i індикатора:

Для індикатора, що має негативний вплив на інтегральний коефіцієнт, такий як частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я зі значенням V_k^i для i -тої території обчислюється за формулою:

$$r_k^i = \frac{\max - V_k^i}{\max - \min} \times g_k \quad (3),$$

де: max та min відповідно найбільше та найменше значення індикатору V_k^i ; g_k - вага даного індикатору.

Для оцінки вкладу індикатору, що має позитивний вплив на інтегральний коефіцієнт, такого як частка лікарів частки лікарів первинної ланки у загальній кількості лікарів, використовується інший варіант формули:

$$r_k^i = \frac{V_k^i - \min}{\max - \min} \times g_k \quad (4),$$

де: \max та \min відповідно найбільше та найменше значення індикатору V_k^i ; g_k - вага даного індикатору.

Для кожного індикатора використовуються свої найбільші і найменші значення.

Розрахований за наведеним алгоритмом інтегральний показник структурної ефективності S_i для i -тої території буде тим більшим, чим вищою є ефективність використання ресурсів на цій території. Ранжирування оцінки внеску кожного окремого індикатора по адміністративних територіях показує, з якої причини певна територія додає або втрачає у загальній оцінці структурної ефективності.

При розрахунку інтегрального показника структурної ефективності виконується нормування результату у інтервалі $[0 \div 1]$. Такій підхід дозволяє при необхідності змінювати як склад так і число окремих індикаторів, при цьому діапазон значень інтегрального показника структурної ефективності не зміниться.

Окремі показники - складові інтегрального показника структурної ефективності

Визначення складових інтегрального показника структурної ефективності здійснювалося на підставі експертної оцінки окремих (самостійних) показників структурної ефективності та їх бальної оцінки з використанням «Карти експертної оцінки визначення складових інтегрального показника структурної ефективності» (додаток). Для оцінки було запропоновано 29 індикаторів структурної ефективності, що використовуються національною статистичною обліковою системою або які можливо розрахувати на підставі наявних статистичних даних.

У якості експертів виступали 9 організаторів охорони здоров'я віком $48,1 \pm 1,02$ років ($M \pm m$) з вищою категорією по організації охорони здоров'я, сфера діяльності яких відноситься як до практичної охорони здоров'я так і до наукової діяльності.

Оцінка рівня компетентності кожного і-того експерта проводилася за визнаною методикою [1], коефіцієнт компетентності експерта (K_k) розраховувався за наступною формулою:

$$K_k = \frac{K_o + K_a}{2} \quad (5),$$

де: K_k - коефіцієнт компетентності експерта; K_o - коефіцієнт ступеня обізнаності експерта з досліджуваної проблеми; K_a - коефіцієнт аргументованості.

Для визначення коефіцієнта ступеня обізнаності (інформованості) експерта про досліджувану проблему (K_o) використовувалася самооцінка за десятибальною системою: 0 - експерт незнайомий з досліджуваним питанням; 1, 2, 3 - експерт погано знайомий з досліджуваним питанням, однак воно входить у сферу його інтересів; 4, 5, 6 - експерт задовільно знайомий з досліджуваним питанням, однак не приймає безпосередньої участі у практичному вирішенні питання; 7, 8, 9 - експерт добре знайомий з досліджуваним питанням, приймає участь у практичному вирішенні питання;

10 - досліджуване питання входить в коло вузької спеціалізації експерта. Експерту пропонувалося самостійно оцінити ступінь своєї обізнаності у відповідний бал. Потім цей бал, згідно з методикою, множився на відповідний коефіцієнт.

Коефіцієнт аргументованості K_a враховує структуру джерел аргументів, які стали експерту основою для оцінки [1, 5]. Його можна отримати шляхом підсумовування значень, відмічених експертом у клітинках табл. 1.

Таблиця 1

Ступінь впливу джерел аргументації на думку експерта

Джерела інформації	Аргументація		
	висока	середня	низька
Проведений теоретичний аналіз	0,3	0,2	0,1
Виробничий досвід	0,5	0,4	0,2
Узагальнення робіт вітчизняних авторів	0,05	0,05	0,05
Узагальнення робіт іноземних авторів	0,05	0,05	0,05
Особиста участь у проведенні оцінки структурної ефективності охорони здоров'я	0,05	0,05	0,05
Інтуїція	0,05	0,05	0,05

При складанні цієї таблиці до уваги приймалися такі застереження: коефіцієнт аргументованості K_a не повинен перевищувати 1; значенню $K_a = 1$ відповідає висока ступінь впливу на думку експерта всіх джерел аргументації; значення $K_a = 0,8$ - середня ступінь впливу; $K_a = 0,5$ - низька ступінь впливу; K_a зменшується при переході від «виробничого досвіду» до «теоретичного аналізу» і від останнього до інших джерел аргументації.

Подібна таблиця без цифр була наведена у карті експертної оцінки. В ній експерт зазначав символом (+) ступінь впливу кожного джерела на його думку. Після накладення на цю таблицю еталонної таблиці з цифрами підраховувалася сума балів за всіма джерелами, зазначеним експертом, яка відповідає коефіцієнту K_a [5].

Дані щодо рівня компетентності експертів з питань оцінки структурної ефективності охорони здоров'я наведено у табл. 2.

Таблиця 2

**Коефіцієнти компетентності експертів з питань оцінки структурної
ефективності охорони здоров'я**

Номер експерта	Коефіцієнт ступеня обізнаності експерта	Коефіцієнт аргументованості експерта	Коефіцієнт компетентності експерта
1	0,7	0,75	0,725
2	1,0	0,95	0,975
3	0,9	0,85	0,875
4	0,9	0,85	0,875
5	0,9	0,75	0,825
6	0,9	0,85	0,875
7	0,8	0,75	0,775
8	0,8	0,65	0,725
9	1,0	0,85	0,925
M ± SD	0,88 ± 0,10	0,81 ± 0,09	0,84 ± 0,09

Визначення ступеню обізнаності (інформованості) експертів про досліджувану проблему показало, що 7 експертів добре знайомі з досліджуваним питанням і приймають участь у його практичному вирішенні, а для 2-х воно входить у коло наукової спеціалізації. Середня ступінь обізнаності усіх експертів складає $0,88 \pm 0,10$ (M ± SD).

Розбіг коефіцієнту аргументованості показує, що для 2-х експертів характерна висока ступінь впливу на їх думку усіх джерел аргументації, для решти - середня ступінь впливу. Середній коефіцієнт аргументованості складає $0,81 \pm 0,09$ (M ± SD).

Коефіцієнт компетентності експертів може набувати значення від 0 до 1. Чим більше буде його значення, тим більш обґрунтованими слід вважати думку експертів. У нашому дослідженні компетентність експертів склала в середньому $0,84 \pm 0,09$ (M ± SD), що є достатнім для того, щоб вважати їх обізнаними у проблемі оцінки структурної ефективності системи охорони здоров'я та спиратися на їх колективну думку при подальших розрахунках.

Для оцінки погодженості думки експертів розраховувалися коефіцієнти конкордації за формулою [1]:

$$W = \frac{12S}{m^2 \times (n^3 - n)} \quad (6),$$

де: m – число експертів; n – число ознак; S - різниця між сумами квадратів рангів за кожною ознакою та середнім квадратом суми рангів за кожною ознакою.

Під час проведення експертної оцінки експертам було запропоновано визначити перелік найбільш адекватних (значущих) показників, що можуть виступати у якості окремих індикаторів структурної ефективності. Експерти відзначили, що деякі показники недоцільно використовувати для аналізу структурної ефективності (коефіцієнт погодженості думки експертів по даному питанню складає $W=0,91$; $p<0,01$), серед них такі індикатори:

- Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу на 10 000 населення;
- Число амбулаторних контактів на 1 жителя на рік;
- Частка закладів, що мають денні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %);
- Забезпеченість населення денними стаціонарами на 10 000 населення;
- Число пролікованих хворих у денних стаціонарах на 1000 населення;
- Частка закладів, що мають домашні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %);
- Число пролікованих хворих у домашніх стаціонарах на 1000 населення;
- Забезпеченість населення домашніми стаціонарами на 10 000 населення.

Ці показники було вилучено з дослідження. Решту було використано для подальшого аналізу. Інформацію щодо десяти показників з найбільшою бальною оцінкою, стосовно яких експерти мають погоджену думку ($W=0,9$; $p<0,01$) наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Бальна оцінка та рангові місця показників, які визначають структурну ефективність системи охорони здоров'я

Показник	Оцінка у балах за 10-ти бальною шкалою M±SD	Ранг важливості
Частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (у %)	9,4±1,13	1
Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів (у %)	8,7±0,79	2
Число лікарняних ліжок на 100 000 населення	8,1±1,86	3
Частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу (у %)	8,1±1,57	4
Частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (у %)	8,1±1,79	5
Число стаціонарів на 100 000 населення	7,9±1,27	6
Число ліжко-днів на одного жителя на рік	7,9±1,18	7
Число лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики) на 10 000 населення	7,7±1,89	8
Число закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу на 10 000 населення	7,6±1,37	9
Відношення числа ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах, до числа ліжко-днів стаціонарного лікування (у %)	6,7±2,09	10

Експертам запропонували визначитися з оптимальною кількістю показників – складових інтегрального коефіцієнту структурної ефективності. Більшість (7 з 9-ти експертів) вказали на необхідність використання семи самостійних індикаторів на підставі яких можна розрахувати інтегральний

показник структурної ефективності ($W=0,61$, $p<0,05$). Вони були визначені шляхом «зважування» за 10-ти бальною шкалою індикаторів з найбільшою бальною оцінкою.

Вагу кожного окремого показника у складі інтегрального індикатору структурної ефективності визначали за формулою [1]:

$$k_j = \frac{m \times n - S_j}{0,5 \times m \times n \times (n-1)} \quad (7),$$

де: m - число експертів; n - число параметрів; S_j - сума рангів, що визначається як:

$$S_j = \sum_{i=1}^m R_{ij} \quad (8),$$

де: R_{ij} - значення рангу, присвоєне i -тим експертом j -му параметру.

Визначену вагу кожного окремого показника у складі інтегрального показника структурної ефективності наведено у табл. 4.

Таблиця 4

Значимість (вага) окремих показників у складі інтегральної оцінки структурної ефективності

№	Показник	Вага показника за 10-ти бальною шкалою
1	Частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (у %)	5,6
2	Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів (у %)	5,1
3	Число лікарняних ліжок на 100 000 населення	4,5
4	Частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу (у %)	3,9
5	Частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (у %)	3,3
6	Число стаціонарів на 100 000 населення	2,8
7	Число ліжко-днів на одного жителя на рік	2,2

На першому місці у переліку показників для визначення структурної ефективності займає індикатор – «частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я», що характеризує сукупний вплив на структурну ефективність комплексу факторів - скорочення витратної стаціонарної допомоги та одночасне розширення функцій первинної медичної допомоги (ПМД) і обсягів стаціонарозамінюючих втручань. Зміна фінансових потоків найбільшою мірою характеризує системність заходів, що вживаються для підвищення структурної ефективності і тому має найбільшу вагу - 5,6 балів.

Друге місце (5,1 бали) за показником «частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів», що відображає рівень розвитку ПМД.

Третю позицію посідає показник «числа лікарняних ліжок на 100 000 населення» (4,5 бали), що характеризує обсяги надання медичної допомоги на стаціонарному рівні і є достатньо ілюстративним для характеристики заходів щодо оптимізації структури медичного обслуговування.

Четверте та п'яте місця належать показникам «частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу» (3,9 балів) та «частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (3,3 бали)». Менше 3-х балів отримали показники «число лікарень на 100 000 населення» (2,8 балів) та «число ліжко-днів на одного жителя на рік» (2,2 бали).

Враховуючи високий середній коефіцієнт компетентності експертів ($0,84 \pm 0,09$), отримані дані доречно використовувати при інтегральній оцінці структурної ефективності територіальних системи охорони здоров'я.

Приклад оцінки інтегрального показника структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я

Була проведена оцінка інтегрального показника структурної ефективності національної та територіальних систем охорони здоров'я до (2009 р.) та після (2012 р.) проведення першого етапу модернізації галузі у пілотних регіонах.

Розрахований на підставі окремих індикаторів інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я України у 2009 році на шкалі від 0 до 1, знаходився нижче середнього значення (0,5) та дорівнював 0,357, що ілюструє наявність значних диспропорцій у структурі медичних послуг до початку реформування медичного обслуговування. У регіонах він коливався від 0,269 (Луганська область) до 0,539 (Закарпатська область), медіана показника складала $Me = 0,346$, інтерквартильний розмах (тобто діапазон, до якого належить 50 % варіації) - $0,313 \div 0,392$ (рис. 1).

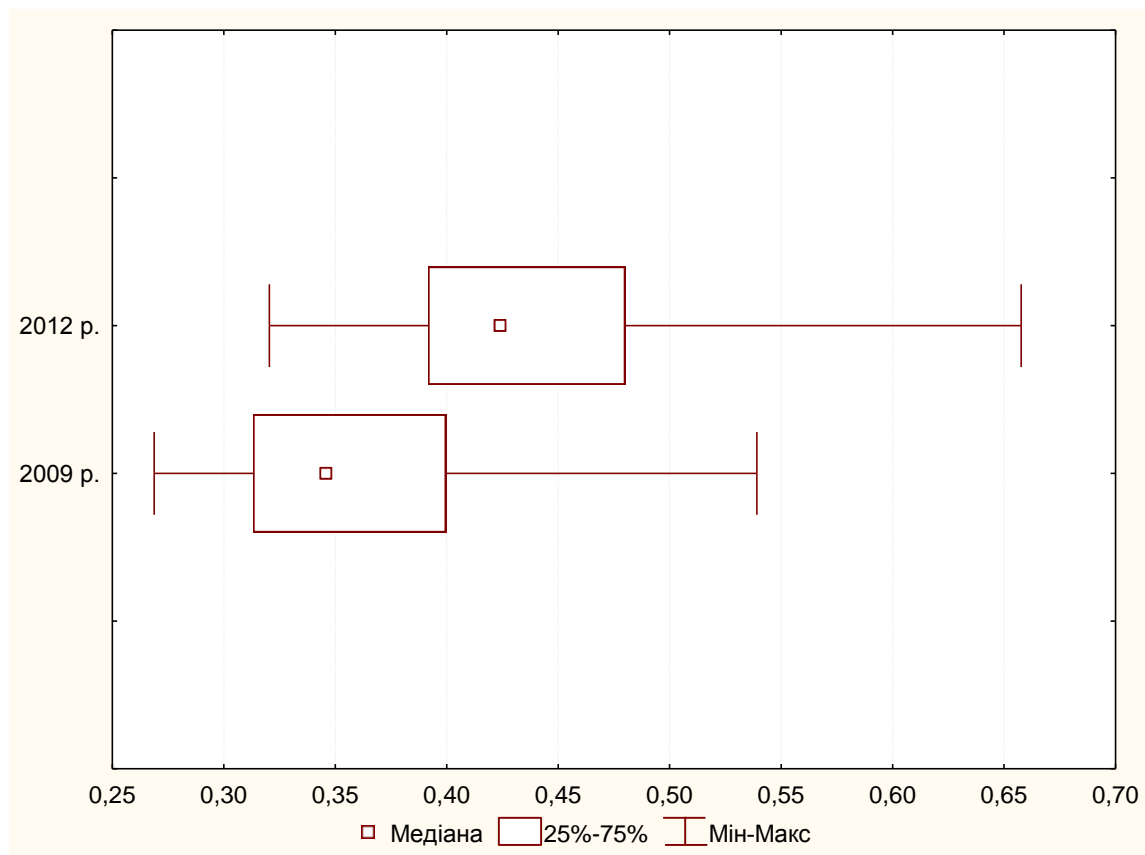


Рис. 1. Інтегральний показник структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я України у 2009 та 2012 рр.

У 2012 році інтегральний показник структурної ефективності системи охорони здоров'я України хоч і зріс до 0,412, але не досяг середнього рівня (табл. 5). У регіональному розрізі S коливався від 0,320 у Київській області до 0,658 у Вінницькій; середні значення показника: медіана $Me = 0,424$; інтерквартильний розмах 0,392 - 0,480. За регіональним змінами на всіх територіях, окрім Дніпропетровської області суттєвих розбіжностей не виявлено.

Таблиця 5

Інтегральний показник структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я України за 2009 р. та 2012 р.

Адміністративні території	2009		2012		% змін	ранг	р за критерієм Вілкоксона
	S	ранг	S	ранг			
Автономна республіка Крим	0,292	23	0,478	8	64,08	3	0,398
Вінницька	0,408	5	0,658	1	61,07	4	0,237
Волинська	0,340	7	0,482	7	20,50	12	0,612
Дніпропетровська	0,279	26	0,644	2	130,70	1	0,018
Донецька	0,30	22	0,523	3	72,33	2	0,090
Житомирська	0,429	3	0,500	4	16,52	16	0,499
Закарпатська	0,539	1	0,494	5	-8,42	26	0,249
Запорізька	0,332	17	0,387	21	16,54	15	0,499
Івано-Франківська	0,280	25	0,410	17	46,23	6	1,00
Київська	0,354	12	0,320	27	-9,37	27	0,237
Кіровоградська	0,313	20	0,387	22	23,55	10	0,237
Луганська	0,269	27	0,385	23	43,08	7	0,866
Львівська	0,340	16	0,432	13	27,19	9	0,735
Миколаївська	0,400	8	0,459	10	14,81	18	0,499
Одеська	0,280	24	0,427	14	52,36	5	0,499
Полтавська	0,421	4	0,464	9	10,29	23	0,612
Рівненська	0,313	21	0,400	18	27,72	8	1,00
Сумська	0,349	13	0,415	16	18,86	13	0,310
Тернопільська	0,456	2	0,487	6	6,74	24	0,310
Харківська	0,402	6	0,446	11	10,84	22	0,499
Херсонська	0,332	18	0,340	26	2,42	25	0,398
Хмельницька	0,340	15	0,378	25	10,92	21	0,499
Черкаська	0,342	14	0,397	19	15,87	17	0,499
Чернівецька	0,322	19	0,382	24	18,70	14	0,612
Чернігівська	0,355	11	0,396	20	11,54	20	0,310
м. Київ	0,375	9	0,421	15	12,21	19	0,753
м. Севастополь	0,360	10	0,442	12	22,72	11	0,612
Україна	0,357		0,412		15,48		0,237

В 2009 році перевищували середній показник по Україні (рис. 2) індикатори структурної ефективності у таких областях як Житомирська (на 7,9 %), Тернопільська (на 14,9 %) та Закарпатська (на 37,8 %). Більш високий рівень регіональних інтегральних коефіцієнтів над національним показником було досягнуто у Житомирській області за рахунок інтенсивного розвитку ПМД та стаціонарозамінюючих технологій; у Закарпатській та Тернопільській областях через збільшення частки лікарів первинної ланки у загальній кількості лікарів.

Близькі до середнього значення по Україні інтегральні показники структурної ефективності були у 2009 році у Хмельницькій, Київській, Чернігівській та Сумській областях. Більшість областей мала показник структурної ефективності нижчий за дані по Україні. Серед «лідерів» структурної неефективності 2009 року - Луганська, Дніпропетровська, Івано-Франківська, та Одеська області - інтегральний показник менший за середньоукраїнський на третину (відповідно на 32,3 %, 29,7 %, 29,5 % та 29,3 %). У містах Київ та Севастополь інтегральний показник структурної ефективності був достатньо низький (0,375 та 0,360 відповідно), що обумовлено значним надлишком стаціонарних закладів та малою часткою лікарів загальної практики/сімейної медицини у великих містах.

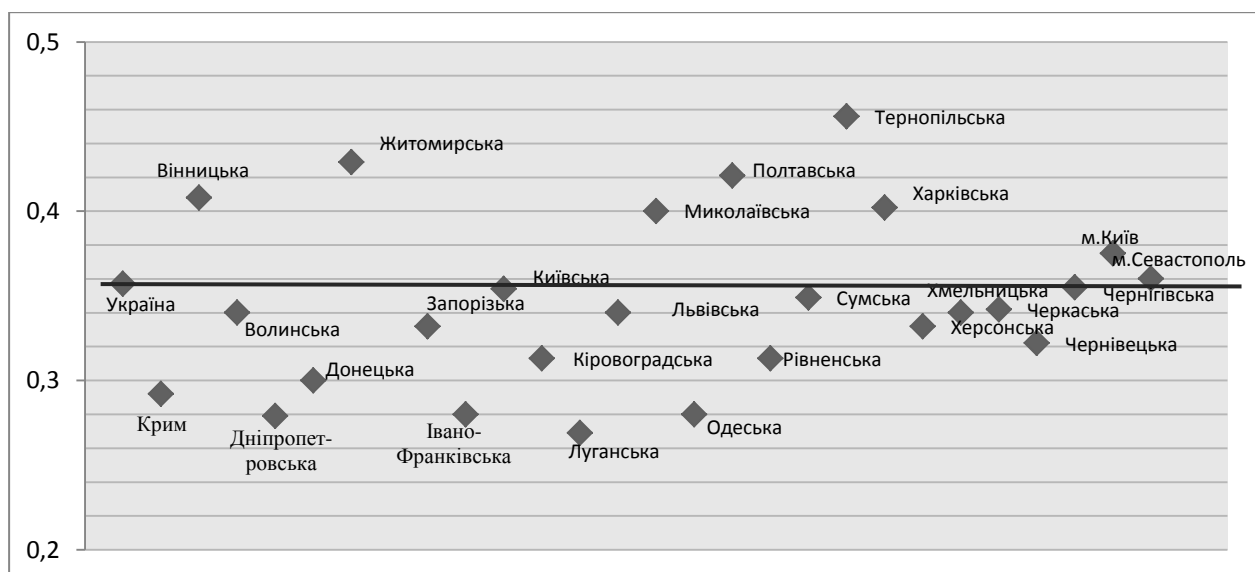


Рис. 2. Інтегральний показник структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я України, 2009 рік

Започатковане реформування системи охорони здоров'я медичного обслуговування після затвердження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [18] і прийняття Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [14] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [15], що законодавчо її забезпечують, призвело до докорінних змін ситуації з ранжуванням територій за показником структурної ефективності (табл. 5, рис. 3).

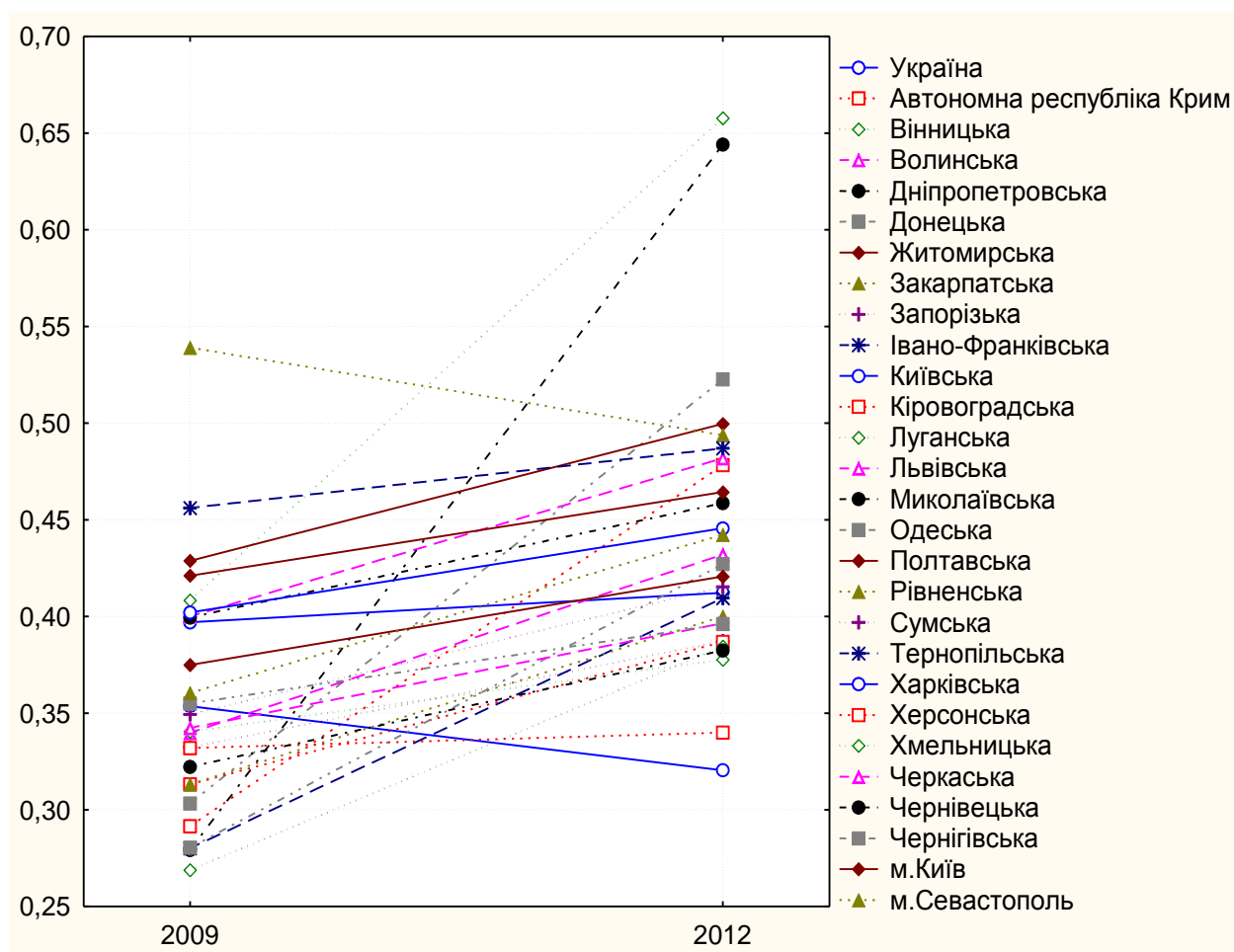


Рис. 3. Динаміка інтегральних показників структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я України з 2009 по 2012 рік

Серед лідерів структурної ефективності пілотні регіони: перше рангове місце займає Вінницька область (0,658), друге – Дніпропетровська (0,644), третє – Донецька (0,523). Лідирують на непілотних територіях – Житомирська (0,500), Закарпатська (0,494) та Тернопільська (0,487) області з достатньо розвиненими інститутами загальнолікарської практики, сімейної медицини та стаціонарозамінюючими технологіями. У місті Києві, де тільки два райони належать до пілотних, показник структурної ефективності складає 0,421 і займає п'ятнадцяту сходинку з 27 проаналізованих територій.

Київська область взагалі в аутсайдерах (0,320), що пояснюється значним надлишком спеціалізованих медичних закладів та великими обсягами стаціонарної допомоги. Серед інших територій, що мають низький рейтинг Херсонська та Хмельницька області (інтегральний показник структурної ефективності 0,340 та 0,378 відповідно).

Стабільно залишається територією з низькою структурною ефективністю системи ОЗ Луганської області: $S = 0,269$ і 27 рангове місце у 2009 році та $S = 0,385$ і 23 рангове місце у 2012 році. Інші регіони в більшому чи меншому ступені поміняли свої позиції.

Зміна інтегральних показників структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я України з 2009 по 2012 рік відбулися у бік збільшення на майже усіх територіях. Найвищими темпами змінився показник структурної ефективності ОЗ на територіях пілотних регіонів – у Дніпропетровській (збільшення у 2,3 рази) та Донецькій (збільшення на 72,33 %) областях. Вінницька область (збільшення на 61,07 %) поступилася третім місцем за темпами поліпшення показника структурної ефективності Автономній республіці Крим (збільшення на 64,08 %), яка суттєво поліпшила структурну ефективність за рахунок збільшення частки лікарів первинної медичної допомоги.

На інших територіях темпи збільшення структурної ефективності коливалися від 2,42 % у Херсонській області до 52,36 % у Одеській.

Лише у Київській та Закарпатській областях зафіксоване зниження структурної ефективності регіональної системи ОЗ: відповідно на 9,37 % та 8,42 %.

Співставлення з середнім по Україні показником структурної ефективності регіональних даних показує, що близькі до середньоукраїнської структурної ефективності показники у Чернігівській, Черкаській, Рівненській, Івано-Франківській областях (нижче показника по Україні відповідно на 3,94 %, 3,78 %, 2,98 %, 0,66 %), а також у Львівській, Одеській, Сумській областях та місті Києві (вище показника по Україні відповідно на 4,81 %, 3,61 %, 0,74 % та 2,05 %).

Менші за середній рівень показники структурної ефективності у Київській (-22,27 %), Херсонській (-17,55 %), Хмельницькій (-7,26 %), Луганській (-6,72%), Кіровоградській (-6,14 %) та Запорізькій (-6,07 %) областях.

Перевищують суттєво ($p < 0,05$) національну структурну ефективність охорони здоров'я інтегральні показники у Донецькій (на 26,80 %), Дніпропетровській (56,24 %) та Вінницькій областях (59,53 %). Пілотні території додають у загальній оцінці структурної ефективності за рахунок зменшення витрат на стаціонарну допомогу, зниження кількості ліжок та стаціонарів, зменшення обсягів госпітальної допомоги, перепрофілювання малопотужних стаціонарних закладів і збільшення кількості лікарів загальної практики/сімейних лікарів.

Висновки

Запропонована інноваційна технологія методики оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я присвячена актуальному напрямку розвитку медичного обслуговування, що стосується оптимізації структури медичної допомоги у відповідності до потреб населення та ресурсних можливостей галузі.

Дана методика дозволяє визначити наскільки ефективно з погляду одержання кінцевих результатів (здоров'я населення) використовуються наявні ресурси, наскільки раціональний набір складових компонентів системи (первинна ланка, спеціалізована та стаціонарна допомога) і наскільки дієві механізми взаємозв'язку між ними.

Методика заснована на оцінці окремих показників структурної ефективності та їх інтеграції в єдиний коефіцієнт (інтегральний показник структурної ефективності), що однією цифрою (у діапазоні від 0 до 1) відбиває наявність структурних диспропорцій у галузі. Це дозволяє порівнювати структурну ефективність систем охорони здоров'я різних територій між собою та у динаміці.

Для української охорони здоров'я у якості окремих індикаторів структурної ефективності та складових її інтегрального показника доцільно використовувати сім коефіцієнтів: частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (вага показника у складі інтегрального за 10-ти бальною шкалою 5,6); частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів (5,1); число лікарняних ліжок на 100 000 населення (4,5); частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу (3,9); частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (3,3); число стаціонарів на 100 000 населення (2,8); число ліжко-днів на одного жителя на рік (2,2). Найвагоміший внесок у формування інтегрального показника структурної ефективності

вносять обсяг витрат на стаціонарну допомогу та розвиток первинної медичної допомоги на принципах загальної практики/сімейної медицини.

Після остаточного формування інфраструктури медичних закладів відповідно до потреб населення буде потрібен перегляд якісного та кількісного набору параметрів (окремих показників структурної ефективності).

Впровадженням запропонованого підходу у практику дозволить науково обґрунтувати управлінські рішення стосовно підвищення структурної ефективності охорони здоров'я та виважено оцінювати їх результати.

Позитивний ефект від впровадження запропонованої інноваційної технології оцінки структурної ефективності систем охорони здоров'я полягає у тому, що дозволяє оптимізувати структуру медичних послуг з урахуванням виявлених на території недоліків і проводити постійний моніторинг їх усунення та оптимізації структурної ефективності медичного обслуговування.

Соціальний ефект від впровадження запропонованої технології полягає у тому, що оптимізація структури медичних послуг позитивно впливає на рівень популяційного здоров'я, оскільки сприяє наданню тих послуг, що в більшому ступені відповідають потребам населення.

Також оптимізація структурної ефективності має позитивний вплив на розв'язання проблеми фінансової доступності медичної допомоги, що проявляється у посиленні останньої при оптимізації структури медичного обслуговування. В цьому полягає **економічна ефективність** запропонованої технології.

Загалом застосування запропонованої методики оцінки структурної ефективності сприятиме поліпшенню дієвості національної системи охорони здоров'я у напрямку виконання її головних цілей: поліпшення стану здоров'я населення, дотримання фінансової справедливості при розподілі ресурсів та відгуку на виправдані запити населення стосовно організації медичного обслуговування.

Бібліографічний опис

Перелік рекомендованих джерел

1. Грабовецький Б. Є. Методи експертних оцінок: теорія, методологія, напрямки використання : монографія / Б. Є. Грабовецький. - Вінниця: ВНТУ, 2010. - 171 с.
2. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации / Министерство здравоохранения и социального развития РФ: Москва, 2007.- 64 с.
3. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / [Л. Д. Попович, Е. Г. Потапчик, С. К. Салахутдинова и др.]. под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. - М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. - 232 с.
4. Орлова Н. М. Деякі територіальні особливості структурних перетворень в охороні здоров'я України / Н. М. Орлова, В. Л. Корецький // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - № 3 (15). – С. 24 - 29.
5. Постников В. М. Анализ подходов к формированию состава экспертной группы, ориентированной на подготовку и принятие решений / В. М. Постников // Наука и образование. – 2012. - №5. – С. 333 – 346.
6. Стародубов В. И. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения / В. И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. - 2010. - № 3. - С. 15 - 25.
7. Структурні перетворення в Україні: передумови модернізації економіки / [А. П. Павлюк, Д. С. Покришка, Я. В. Белінська та ін.]; за ред. Я. А. Жаліла. – К. : НІСД, 2012. – 104 с.
8. Ушакова Е. И. Подходы к повышению структурной эффективности здравоохранения региона / Е. И. Ушакова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2009.- №6. – С. 37-39.

Перелік авторських публікацій

9. Крячкова Л. В. Аналіз існуючих підходів до оцінки результатів діяльності систем охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV. - №3. – С. 116 – 119.

10. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір (монографія) / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. - К.: Цифра, 2009. – 50 с.
11. Лехан В. М. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 2/14. - С. 53 - 60.
12. Лехан В. М. Оцінка структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я України / В. М. Лехан, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко, О.П. Максименко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2011. - № 1(13). - С. 15-21.
13. Лехан В. М. Досвід проведення оцінки діяльності систем охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е.В. Борвінко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2-3(22-23). - С. 92-97.

Перелік рекомендованих нормативно-правових актів

14. Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги".
15. Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві".
16. Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання (81.13/140.13) / МОЗ України, Укрмедпатентінформ. – Київ, 2013. – 23 с.
17. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 "Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах".
18. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентно-спроможна економіка, ефективна держава" від 02.06.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon1.rada.gov.ua/signal/0004100.pdf>.

Карта експертної оцінки визначення складових інтегрального показника структурної ефективності

Шановний колего!

Г) Виходячи з власних знань, досвіду та інтуїції, оцініть величину (значимість, вагу) використання нижченаведених показників у якості окремих показників і для розрахунку інтегрального показника структурної ефективності територіальної системи охорони здоров'я шляхом їх "зважування", за 10-ти бальною шкалою.

Якщо Ви вважаєте, що показник недоцільно використовувати для визначення структурної ефективності – позначте «0».

Враховуйте, будь ласка, рейтинг показника, тобто, якщо Ви вважаєте певний індикатор найважливішим, то він повинен мати найбільшу оцінку у порівнянні з іншими.

1. Частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу на 10 000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Частка закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу у загальній кількості закладів охорони здоров'я (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Число закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу на 10 000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Частка закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу у загальній кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Частка закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу у загальній кількості закладів охорони здоров'я (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Число лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики) на 10 000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Число лікарів загальної практики/сімейної медицини на 10 000 населення										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів первинної ланки (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Число амбулаторних контактів на 1 жителя на рік										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Рівень госпіталізації (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Число лікарень на 100 000 населення										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Число лікарняних ліжок на 10 000 населення										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Середня тривалість стаціонарного лікування (дні)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Число ліжко-днів на одного жителя на рік										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Частка закладів, що мають денні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Забезпеченість населення денними стаціонарами на 10 000 населення										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Число пролікованих хворих у денних стаціонарах на 1000 населення										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Відношення числа пролікованих у денних стаціонарах, до числа пролікованих у стаціонарах (у %)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах на 10 000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Відношення числа ліжок денного лікування до загального числа стаціонарних ліжок (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25. Відношення числа ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах, до числа ліжко-днів стаціонарного лікування (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. Частка закладів, що мають домашні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

27. Забезпеченість населення домашніми стаціонарами на 10 000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28. Число пролікованих хворих у домашніх стаціонарах на 1000 населення

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29. Відношення числа пролікованих у домашніх стаціонарах, до числа пролікованих у стаціонарах (у %)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

II) Проставте перші п'ять рангових місць тим показникам, яким, на Вашу думку, необхідно віддати перевагу при аналізі структурної ефективності охорони здоров'я (№1 – найбільш значущий показник).

Якщо Ви не знайдете у переліку найважливіших, на вашу думку показників, то впишіть їх у вільне місце і визначить їх ранг.

Якщо Ви вважаєте, що найважливіших показників повинно бути менше або більше ніж п'ять, то вкажіть їх кількість _____ та проаранжуйте відповідне число показників.

ПОКАЗНИК	Ранг важливості
Частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я (у %)	
Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу на 10 000 населення	
Частка закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу у загальній кількості закладів охорони здоров'я (у %)	
Число закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу на 10 000 населення	
Частка закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу у загальній кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)	
Частка закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу у	

загальній кількості закладів охорони здоров'я (у %)	
Число лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики) на 10 000 населення	
Частка лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики), у загальному числі лікарів (у %)	
Число лікарів загальної практики/сімейної медицини на 10 000 населення	
Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів первинної ланки (у %)	
Частка лікарів загальної практики/сімейної медицини у загальному числі лікарів (у %)	
Число амбулаторних контактів на 1 жителя на рік	
Рівень госпіталізації (у %)	
Число лікарень на 100 000 населення	
Частка лікарень з потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, що надають стаціонарну допомогу (у %)	
Число лікарняних ліжок на 10 000 населення	
Середня тривалість стаціонарного лікування (дні)	
Число ліжко-днів на одного жителя на рік	
Частка закладів, що мають денні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)	
Забезпеченість населення денними стаціонарами на 10 000 населення	
Число пролікованих хворих у денних стаціонарах на 1000 населення	
Відношення числа пролікованих у денних стаціонарах, до числа пролікованих у стаціонарах (у %)	
Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах на 10 000 населення	
Відношення числа ліжок денного лікування до загального числа стаціонарних ліжок (у %)	
Відношення числа ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах, до числа ліжко-днів стаціонарного лікування (у %)	
Частка закладів, що мають домашні стаціонари з числа амбулаторно-поліклінічних закладів (у %)	
Забезпеченість населення домашніми стаціонарами на 10 000 населення	
Число пролікованих хворих у домашніх стаціонарах на 1000 населення	
Відношення числа пролікованих у домашніх стаціонарах, до числа пролікованих у стаціонарах (у %)	

III) Оцініть за 10-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему оцінки структурної ефективності охорони здоров'я

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

IV) Оцініть ступінь впливу кожного джерела аргументації на Вашу думку (поставте у відповідній графі знак «+»)

№ п/п	Джерело аргументації	Ступінь впливу джерела на Вашу думку		
		високий	середній	низький
1.	Проведений теоретичний аналіз			
2.	Виробничий досвід			
3.	Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів			
4.	Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів			
5.	Особиста участь у проведенні оцінки структурної ефективності охорони здоров'я			
6.	Інтуїція			

V) Повідомте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе.

1. Ваш вік _____

2. Ваша стать:

01. чол.

02. жін.

3. В якій установі Ви працюєте? _____

4. Ваша спеціальність? _____

5. Ваш стаж роботи за фахом? _____

6. Ваша кваліфікаційна категорія

01. немає

02. друга

03. перша

04. вища

7. Науковий ступінь

01. немає

02. магістр

03. кандидат наук

04. доктор наук