

УДК 614.2:005.336.1:33.021.8
DOI 10.11603/bmbr.2706-6290.2020.1.10612

А. О. Голяченко, В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин, О. А. Голяченко

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

СОЦІАЛЬНА, МЕДИЧНА ТА ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

Соціальна, медична та економічна ефективності охорони здоров'я в період її реформування

А. О. Голяченко, В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин,
О. А. Голяченко

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Резюме. За 28 років незалежності України на чолі охорони здоров'я стояло 28 міністрів – академіків зі світовим ім'ям, професорів та просто звичайних людей. Усі вони обіцяли поліпшити охорону здоров'я та досягти позитивних наслідків в показниках здоров'я людності. Натомість здоров'я населення невпинно погіршувалося і досягло небачених результатів – зменшення на 8 млн осіб.

Мета дослідження – проаналізувати і оцінити соціальну, медичну та економічну ефективності охорони здоров'я в період її реформування.

Матеріали і методи. Використано дані загальної та галузевої медичної статистики за весь період існування самостійної України, дані соціологічного опитування жінок дітородного віку. Для обробки матеріалів застосовували статистичний, соціологічний методи та системний аналіз.

Результати. На сьогодні відмічено вкрай негативні наслідки в галузях соціальної, медичної та економічної ефективностей охорони здоров'я. Зростає смертність населення, захворюваність, а витрати на медицину залишаються на вкрай низькому рівні. Медична реформа стоїть ніби осторонь від усіх проблем.

Висновки. Медична реформа не вирішує свого основного завдання – забезпечення соціальної, медичної та економічної ефективностей. Продовження цієї традиції призведе до катастрофічних наслідків для українського народу.

Ключові слова: смертність; захворюваність; народжуваність; відтворення людності; реформи.

ВСТУП

Дослідження в галузях соціальної, медичної та економічної ефективностей охорони здоров'я стосуються в основному демографічних наслідків проблем, що торкається її медичних наслідків і, особливо, економічних, то тут маємо вкрай недостатню кількість досліджень [1]. Більшість наукових робіт пов'язана з теоретичним дослідженням

Social, medical and economic efficiency of health care in the period of reform

A. O. Holiachenko, V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn,
O. A. Holiachenko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

e-mail: panchyshyn@tdmu.edu.ua

Summary. In the 28 years of it Ukraine's independence, 28 healthcare ministers – academics with a worldwide name, professors and just ordinary people – have been at the forefront of health care. All of them have promised to improve health care and achieve positive outcomes in human health indexes. Instead, human health has been steadily deteriorating and has seen unprecedented results – a decrease of 8 million people.

The aim of the study – to analyze and evaluate the social, medical and economic effectiveness of health care during its reform period.

Materials and Methods. The data of general and sectoral medical statistics for the whole period of existence of independent Ukraine, data of sociological survey of women of childbearing age were used. Statistical, sociological methods and systematic analysis were used to process the materials.

Results. To date, very negative effects have been noted in the sections of social, medical and economic health care efficiency. Population mortality and morbidity are increasing, but the cost of medicine remains extremely low. Medical reform stands apart from all problems.

Conclusions. Medical reform does not solve its main task – ensuring social, medical and economic efficiency. Continuing this tradition will lead to catastrophic consequences for the Ukrainian people.

Key words: mortality; morbidity; fertility; human reproduction; reforms.

проблеми ефективності функціонування системи охорони здоров'я [2–4], які успішність та ефективність функціонування системи охорони здоров'я вбачають у розвитку ефективних механізмів фінансування галузі. Стосовно методики оцінки ефективності системи охорони здоров'я, запропоновано оцінювати ефективність її на основі статистичних даних, поділених на відповідні блоки: меди-

ко-демографічні показники, вартісні показники, рівень життя населення, ресурси охорони здоров'я, первинна захворюваність [5]. Недостатньо приділено уваги дослідженню та проведенню оцінки впливу факторів на ефективність функціонування системи охорони здоров'я в країнах із розвиненими медичними системами порівняно з більш відсталими.

Метою дослідження було проаналізувати та оцінити соціальну, медичну та економічну ефективності охорони здоров'я в період її реформування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Використано дані загальної та галузевої медичної статистики за весь період існування самостійної України, дані соціологічного опитування жінок дитородного віку. Для обробки матеріалів застосовували статистичний, соціологічний методи та системний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Мірилом соціальної ефективності охорони здоров'я є смертність населення. За весь період незалежності в Україні померло більше 8 млн населення, а за останні п'ять років – півмільйона. При цьому необхідно відмітити такі особливості. Смертність людей в Україні є нерівномірною. Чим ближчим є регіон до Росії, тим вищою є смертність. Так, на лівобережній Україні, яка перебувала більше 3,5 століття в складі Росії, вона становить майже 3 % стосовно всієї людності, і лише в західних областях спостерігався приріст людей – на рівні 1,3 %. Серед соціальних причин цього явища варто вказати на різні умови проживання людей за ці століття, на поширення таких явищ, як алкоголізм, зростання рівнів розлучень та абортів. У західних областях ці явища спостерігалися в 7–3 рази рідше, ніж у східних. На сьогодні в охороні здоров'я не працює первинна, вторинна і третинна профілактика. Відмінена диспансеризація населення [6].

Мірилом медичної ефективності охорони здоров'я є захворюваність населення. За останні 30 років вона зросла в 1,8 раза.

У 1968 р. К. Бернارد першим пересадив серце і цим поклав початок втручання науки в боротьбу з основною причиною смертей – серцево-судинними захворюваннями. Серце стало тим органом, що найбільше реагував на психоемоційні зміни. Росія, виходячи з марксистсько-ленінського положення, що «смерть мозку» не відповідає моральному кодексу будівничого комуністичного суспільства, заборонила дослідження з пересадженням серця й відстала на десятки років, тягнучи за собою «братские республики» колишнього СРСР. Нині питання операцій пересадження органів технічно вирішене, але йде колотнеча із законодавчим забезпеченням.

Природно, що на Заході пересічна тривалість ймовірного життя перевищила 80 років, у нас – знизилася з 72 до 67 років.

Найдивовижніші речі відбулися у питанні фінансування охорони здоров'я.

Наукове обґрунтування обсягів фінансування медицини отримало лише після Другої світової війни, коли з'явилася Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ, 1948 р.). Згідно з її положенням, охорона здоров'я є життєздатною, якщо витрати на її утримання не менші за 6,5 % внутрішнього валового продукту (ВВП) країни. Ці рекомендації підтверджені практикою цивілізованих країн, де такі витрати зазвичай вищі.

Можемо стверджувати на підставі непрямих фактів, що такі обсяги у нас були витримані в період існування громадської (земської) медицини [7]. Тоді розмір ВВП ще не рахували, але маємо точні дані щодо заробітної плати земського лікаря. Якщо зробити відповідні перерахунки, то вона перевищувала 100 тис. теперішніх американських доларів за рік, тобто дорівнювала тій сумі, яку лишень тепер досягли США. Радянська медицина в останнє десятиліття її існування зменшила цю суму до 3200 доларів на місяць, а самостійна українська – до 2600. Оця еволюція цифр є своєрідною і найвагомішою візитною карткою української медицини за дореволюційних, радянських часів і самостійності, яка вирішальним чином впливає на її ефективність. Можна навести ще такі дані: у 60-ті роки минулого сторіччя СРСР і США виділяли приблизно однакову суму на охорону здоров'я – по 150 доларів на особу. Тепер США збільшили цю цифру до 7,5 тис., самостійна Україна – зменшила до 80 доларів на особу.

У післявоєнний період у Радянському Союзі частка ВВП коливалася в межах 4–5 %, в Україні, після проголошення незалежності, – у межах 2–3 %.

Кажуть, держава бідна, і виділяти більше 3 % ВВП на охорону здоров'я не в змозі. Виникає закономірне питання, чому за соціалістичного ладу, коли власність була державною, і за умов ліберального ринку, коли 85 % її перейшло в приватні руки, на охорону здоров'я коштів як не було, так і нема. За поглибленого вивчення цього питання з'ясовується, що і за соціалізму, і за його антиподу – ліберального ринку в Україні збереглась одна і та ж економічна парадигма: працівнику, який виробляє ВВП, як заробітну плату раніше давали його п'яту частину, тепер – десятю.

Працівник був і залишився найдешевшим елементом виробництва, вкладати кошти в його оздоровлення є економічно не вигідним. Така основна причина вимирання української людності.

Високі гонорари лікарів у США – це результат постійних напружених відносин між медичними асоціаціями й урядами штатів та законодавцями,

які навряд чи потрапили б в законодавчі органи, якби не підтримали вимоги медичних асоціацій.

На жаль, в самостійній Україні медична громадськість, включно з елітою, в боротьбі за пристойне існування не взяла за взірць поведінку своїх попередників, не вступила в напружені стосунки з державними адміністраціями, а пішла шляхом найменшого опору, переклавши витрати на охорону здоров'я на... пацієнтів. Якщо наш пацієнт не оплатить більшість діагностичних обстежень, медикаментів і не заплатить гонорар медику, то його шанси на відповідне лікування є суперечливими.

Подейкують, що вийти з цієї ситуації дозволить медичне страхування [8, 9]. Давайте спокійно розберемося в ситуації. В Україні проживає 12 млн пенсіонерів, 3 млн інвалідів і 12 млн осіб дітородного віку. Загалом це складає 60 % населення України, але саме на них припадає основна маса захворілих – не менше 80 % [10]. Витрати на фінансування цієї групи населення має дати держава. То скільки ж вона виділить із цих 80 доларів, які виділяє на охорону здоров'я? Риторичне запитання.

Низьковартісна медична допомога веде до край низької якості цієї допомоги.

Дані таблиці 1 свідчать про відсутність позитивного впливу нинішньої системи медичної допомоги на здоров'я населення.

Як видно з таблиці 1, між первинною та загальною захворюваністю і смертністю унаслідок основних соціальних хвороб існує прямий зв'язок, тобто з підвищенням захворюваності збільшується і смертність. Зростання первинної захворюваності є прямим свідченням погіршення здоров'я населення. Якщо зростає і смертність – це свідчення того, що система медичної допомоги не в змозі впоратись із наслідками цього погіршення.

Збільшення загальної захворюваності – свідчення зростання кількості хворих і більш повного

виявлення цих хвороб системою медичної допомоги. Однак система виконує роль ніби стороннього спостерігача цього явища: збільшується кількість хворих – підвищується смертність унаслідок них. Якщо це можна ще якось пояснити і зрозуміти відносно гострого інфаркту міокарда, інсульту і злоякісних новоутворень, то відносно ревматизму і гіпертонічної хвороби це пояснити і виправдати важко. Для лікування обох хвороб наявні лікувальні засоби, однак система медичної допомоги не в змозі їх ефективно застосувати і взяти під контроль ці хвороби [11, 12].

Наша система медичної допомоги може бути не лише стороннім спостерігачем процесів, які відбуваються щодо здоров'я населення, а й безпосередньо впливати на його погіршення. Ось уже багато десятиліть наша акушерсько-гінекологічна служба робила більше абортів, ніж приймала пологів. За даними Держкомстату України, усього в Україні лише у 2015 р. було проведено 434 223 операції штучного переривання вагітності. Найбільша частка припадала на вікову групу жінок від 18 до 34 років, включно – 346 214. При цьому співвідношення кількості абортів до кількості дітей, народжених живими (на 100 дітей) становило 112,7 %, тобто операцій штучного переривання вагітності на 12,7 % було більше, ніж народжень дітей [11]. Необхідно зазначити, що в останні декілька років кількість абортів зменшилася порівняно з кількістю пологів. Очевидно, це пов'язано з тим, що багато жінок фертильного віку перебувають за кордоном, а також із збільшенням допомоги при народженні дитини. Чим більше робиться абортів, тим вищою є захворюваність жінок на рак молочної залози і смертність від цієї хвороби.

Що ми маємо в результаті реформування первинної ланки охорони здоров'я? Просту заміну вивіски – дільничний терапевт і педіатр на сімейний терапевт і сімейний педіатр. Обсяг допомоги залишився той же

Таблиця 1. Взаємозв'язок між захворюваністю і смертністю унаслідок основних соціальних хвороб

Хвороба	Первинна захворюваність/смертність		Загальна захворюваність/смертність	
	коефіцієнт кореляції	рівень значущості	коефіцієнт кореляції	рівень значущості
Гіпертонічна хвороба	0,23	>0,05	0,16	>0,05
Ішемічна хвороба серця	0,22	>0,05	0,55	<0,01
Гострий інфаркт міокарда	0,68	<0,001	0,68	<0,001
Цереброваскулярні хвороби	0,52	<0,05	0,83	<0,001
Інсульт (усі форми)	0,91	<0,001	0,79	<0,05
Ревматизм	0,3	>0,05	0,34	>0,05
Злоякісні новоутворення	0,68	<0,001	0,65	<0,001
Хронічні неспецифічні захворювання легень	0,45	<0,05	0,48	<0,05

самий, бо ні хірургічної, офтальмологічної, не кажучи про акушерсько-гінекологічну допомогу він не надає [13]. Утворилась величезна прірва між первинною і вторинною ланками, бо ніякого фінансового впливу на вторинну ланку він не має. В Україні 28 млн людей записалось до сімейного лікаря. А де інші 14 млн? Річ у тім, що цим 28 млн обіцяна подачка у вигляді деяких безоплатних вітчизняних медикаментів, яких вистачає до серпня місяця.

За 28 років незалежності в Україні перебувало 28 міністрів охорони здоров'я. І от трапилось диво: на місце міністра з невідомою освітою прийшов міністр з юридичною освітою. Це нам нагадує 20-ті роки минулого сторіччя, коли Міністерство, тоді Наркомздрав, очолював нарком Д. Єфімов, робітник за професією, який пройшов двомісячні курси з питань охорони здоров'я. Сучасний міністр обіцяє збільшення народжуваності дітей. Опитування жінок дитородного віку дало такі результати (табл. 2).

Таблиця 2. Основні причини, що стримують народження дітей

Основна причина	Вік жінок, роки			Разом
	20–24	25–29	30 та старші	
Число відповідей	89	119	146	354
Складність виховання	5,6±2,4	3,5±2,1	5,5±1,9	5,4±1,2
Нестача дошкільних закладів	2,2±1,6	1,8±1,2	1,4±1,0	1,7±0,7
Погані житлові умови	3,4±1,9	8,8±2,7	8,9±2,4	7,4±1,4
Великі грошові витрати	25,8±4,6	24,6±4,0	19,9±3,3	22,9±2,2
Прагнення до професійного росту	10,1±3,2	5,3±2,1	1,4±1,0	4,9±1,2
Стан здоров'я	5,6±2,4	13,2±3,2	17,1±3,8	12,9±1,8
Страх перед пологами	9,0±3,0	5,3±2,1	4,1±1,6	5,7±1,2
Інші причини	6,7±2,7	7,9±2,5	13,0±2,8	9,7±1,6
Не відповіли	31,6±4,9	28,7±4,2	28,7±3,7	29,4±2,4

ВИСНОВКИ

Медична реформа не вирішує свого основного завдання – забезпечення соціальної, медичної та економічної ефективностей.

Продовження цієї традиції призведе до катастрофічних наслідків для українського народу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Актуальні проблеми здоров'я української народності (соціально-медичне дослідження) : монографія / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко, А. Г. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2012. – 116 с.
- Гнидюк І. В. Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я / І. В. Гнидюк // *Esoptic Annals*-XXI. – 2015. – № 155(11-12). – С. 73–77.
- Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування / Т. Д. Сіташ // *Механізм регулювання економіки*. – 2012. – № 1. – С. 164–169. – Електронний ресурс. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre_2012_1_19.
- Устінов О. В. Актуальні проблеми охорони здоров'я у III тисячолітті / О. В. Устінов // *Український медичний часопис*. – 2013. – № 3(95). – С. 28–31.
- Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения / В. И. Стародубов [и др.] // *Менеджер здравоохранения*. – 2010. – № 3. – С. 15–25.
- Демографічні перспективи України до 2026 року. – К., 1999. – 55 с.
- Історія медицини : посібник. – 2-ге вид., допов. / Олександр Голяченко, Ярослав Ганіткевич. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 326 с.
- Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С. В. Горохов, С. Д. Старинчук // *Актуальні проблеми філософії та соціології*. – 2016. – № 9. – С. 24–28.
- Костенко Т. А. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду / Т. А. Костенко, В. В. Стоколюк, Л. О. Заволока // *Young Scientist*. – 2018. – № 5(57). – С. 721–725.
- Александрова О. Ю. Демографічна безпека України: оцінка стану, акценти державного регулювання / О. Ю. Александрова // *Агросвіт*. 2017. – № 18. – С. 69–75.
- Статистична інформація Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
- Офіційний сайт статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
- Сазонець І. Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України / І. Л. Сазонець, І. Я. Зима // *Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2018. № 12. <http://www.dy.nauka.com.ua>

REFERENCES

1. Holiachenko OM, Holiachenko AO, Shulhai AH. Actual problems of health of the Ukrainian people (socio-medical research). [Актуальні проблеми здоров'я української людності (соціально-медичне дослідження): монографія] Ternopil: Lileia; 2012. Ukrainian.
2. Hnidyuk IV. [Current state of financial support for the healthcare industry]. *Economic Annals-XXI*. 2015;155(11-12): 73-7. Ukrainian.
3. Sitash TD. [Financing the health care system in Ukraine: trends and reforms]. *Mekhan. rehul. ekon.* 2012;1: 164-69. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre_2012_1_19. Ukrainian.
4. Ustinov O. [Actual health problems in the third millennium]. *Ukr med zhurn.* 2013;3(95): 28-31. Ukrainian.
5. Starodubov VI. Assessment of the effectiveness of regional health systems. *Menedz zdravokh.* 2010;3: 15-25. Russian.
6. Demographic outlook for Ukraine until 2026. [Демографічні перспективи України до 2026 року] Kyiv; 1999. Ukrainian.
7. Holiachenko O, Hanitkevych Ya. History of medicine. [Історія медицини : посібник. – 2-ге вид., допов.] Ternopil: TDMU; 2016. Ukrainian.
8. Horokhov SV, Starynchuk SD. [Comparative analysis of health insurance systems in foreign countries]. *Aktual prob filosof i sots.* 2016;9: 24-8. Ukrainian.
9. Kostenko TA, Stokoliuk VV, Zavaloka LO. [Status and prospects of development of health insurance in Ukraine, taking into account foreign experience]. *Young Scientist.* 2018;5(57): 721-25. Ukrainian.
10. Aleksandrova OY. [Demographic security of Ukraine: assessment of the state, accents of state regulation]. *Ahrosvit.* 2017; 18: 69-75. Ukrainian.
11. Statistical information of the State Statistics Service of Ukraine. Available from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
12. Official site of statistics of Ukraine. Available from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
13. Sazonets IL, Zuma IYa. Identification of problems and main directions of reforming the health care system of Ukraine. *Public Administration: Improvement and Development.* 2018;12. Available from: <http://www.dy.nayka.com.ua>. Ukrainian.

Отримано 12.02.20