

СОЦІАЛЬНИЙ ЕФЕКТ ВІД ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У РЕГІОНІ (НА МАТЕРІАЛАХ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

У статті проаналізовано сучасний стан та територіальну диференціацію трьох основних статистичних показників соціального ефекту від діяльності медичних закладів регіону на прикладі Тернопільської області, здійснено їх ранжування за сумарним значенням, проведено оцінку об'єктивності трактування виявлених результатів.

The current state and territorial differentiation of the three main statistical indicators of social impact of medical institutions activity in the region on the example of Ternopil region are analyzed in the article, their ranking by total value is implemented and the estimation of objective interpretation of the detected results is carried out.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Сукупність медичних закладів та установ охорони здоров'я з відповідними ресурсами, основними з яких є матеріальні, фінансові та трудові, становить мережу охорони здоров'я. З метою оцінки її кількісних та якісних характеристик офіційна статистика вивчає такі показники як кількість медичних закладів та установ охорони здоров'я у цілому та по окремих видах, профільну та територіальну структуру медичних закладів, обсяг ресурсів та їх розподіл у мережі охорони здоров'я, структуру мережі охорони здоров'я, стан, рух та ефективність використання ресурсів. Водночас очевидним є той факт, що суспільний розвиток в Україні характеризується наявністю складних соціальних проблем, суттєвим зниженням рівня та якості життя населення [1, с.5–8]. Саме тому особливо актуальним стає питання оцінювання ефективності використання мережі охорони здоров'я не лише як елементу ринкових відносин, а й як елементу системи соціальних показників, які б у комплексі відображали об'єктивні соціально-економічні процеси і суб'єктивне самопочуття населення.

Аналіз досліджень і публікацій останніх років. Дослідженням проблеми діяльності медичних закладів в її соціально-економічному розрізі в різний час займалися Я. Жупанський, В. Шевченко, О. Шаблій, О. Топчієв, М. Пістун, Ю. Кушнірук та ін. Вивчення питання особливостей статистичного аналізу ефективності діяльності медичних закладів висвітлювалось у працях Г. Столярова, М. Огай, Ю. Вороненко, М. Голубчикова та ін. Географічні дослідження медичної сфери окремого регіону соціально-економічного спрямування, зокрема Тернопільської області, частково викладені у працях Й. Свинка, О. Заставецької, М. Питуляка.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Доцільно зазначити, що додаткового вивчення потребує питання власне соціальних наслідків функціонування медичних закладів у регіоні, особливо їх кількісний та порівняльний внутрішньорегіональний аналіз.

Постановка завдання. Таким чином, метою написання цієї статті є кількісна оцінка соціального ефекту від діяльності медичних закладів у Тернопільській області, аналіз та висвітлення причин та наслідків нерівномірності цього ефекту в регіоні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Офіційне визначення здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке міститься в її статуті (1946 р.), таке: «Здоров'я — це стан повного фізичного, душевного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороби чи фізичних дефектів». У такому контексті здоров'я населення – це соціально-економічна категорія, мета і головна рушійна сила суспільного прогресу, одна з найважливіших характеристик соціально-економічного розвитку [2, с.111].

Критерієм ефективності системи охорони здоров'я населення є поліпшення здоров'я населення і збільшення тривалості його життя. Основними аспектами здоров'я вважаються очікувана тривалість життя та його якість. Проте серед показників ефективності охорони здоров'я доцільно виділяти такі, що характеризують зовнішній ефект (соціальний та економічний) і внутрішній (медичний). При цьому розуміють, що перший відображає вплив медичних послуг на суспільне виробництво та умови життя людей, а другий – характеризує результати діяльності медичних установ самої галузі.

При очевидній важливості всіх зазначених ефектів на особливу увагу заслуговує соціальний ефект, бо саме він відображає найбільш віддалені у часі, але й найбільш бажані, з людської точки зору, результати: поліпшення здоров'я, якості та тривалості життя.

У повному обсязі соціальний ефект можна охарактеризувати такими показниками як захворюваність, інвалідність і смертність населення в районі обслуговування медичних закладів. Джерелами інформації про захворюваність, смертність, інвалідність населення переважно є офіційні звіти медичних закладів і органів охорони здоров'я, соціального забезпечення, державної статистики, бюро РАГСів; спеціально організований облік випадків захворювань і смертей у лікувально-профілактичних закладах виділених зон спостереження; ретроспективна інформація облікових документів лікувально-профілактичних закладів за минулі періоди часу; дані лікарських оглядів населення; дані клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень; результати медико-соціологічних досліджень населення [2, с.113].

Таблиця 1

Показники соціального ефекту від діяльності медичних закладів у Тернопільській області, 2011 р. [3; 4]

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність населення, ‰	Інвалідність, ‰	Смертність, ‰	Ранг соціального ефекту (в порядку зниження ефективності)
1.	Бережанський район	783,7	335	16,3	16
2.	Борщівський «	631,7	348	16,9	5
3.	Бучацький «	762,6	361	14,0	14
4.	Гусятинський «	551,9	369	15,5	3
5.	Заліщицький «	552,8	391	15,8	4
6.	Збаразький «	669,0	415	15,4	9
7.	Зборівський «	634,4	431	18,7	8
8.	Козівський «	493,8	439	16,4	1
9.	Кременецький «	515,4	440	15,6	2
10.	Лановецький «	640,6	449	18,4	7
11.	Монастирський «	727,3	455	18,2	13
12.	Підволочиський «	775,1	456	17,8	17
13.	Підгаєцький «	673,1	489	18,1	10
14.	Теребовлянський «	637,3	505	15,3	6
15.	Тернопільський «	716,7	542	14,0	11
16.	Чортківський «	714,9	567	15,2	12
17.	Шумський «	762,9	576	15,7	15
18.	м. Тернопіль	806,0	488	8,1	18
19.	Всього по Тернопільській області	686,6	464	14,4	-

Для оцінки величини соціального ефекту ми провели ранжування всіх адміністративно-територіальних одиниць Тернопільської області за сумарним впливом усіх показників цього ефекту для діяльності медичних закладів (табл. 1). Найвищі ранги отримали Козівський, Кременецький і Гусятинський райони, а найнижчі – м. Тернопіль, Підволочиський і Бережанський райони.

Розглянемо вплив показників соціального ефекту на результати ранжування на прикладі Тернопільської області.

Отже, показник захворюваності відображає відхилення від загальнопатологічного поняття здоров'я (норми), тобто від інтервалу, в межах якого кількісні коливання психофізіологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму. Оскільки з поняттям «захворюваність» пов'язують три медичні показники (суто захворюваність, хворобливість і патологічну ураженість), то для аналізу даних в регіоні необхідно використовувати відповідні їм статистичні показники, а саме: первинна захворюваність, як сукупність раніше незареєстрованих, а вперше в поточному році виявлених серед населення захворювань, що відповідає показнику суто захворюваності; загальна захворюваність, як сукупність усіх хвороб серед населення, що вперше виявлені в поточному році, а також виявлених у попередні роки, але з приводу яких хворі звернулися по медичну допомогу в поточному році, що відповідає показнику хворобливості; поширеність або розповсюдженість хвороб, як факти патологічного стану населення, виявлених під час медичних оглядів, що відповідає показнику патологічної ураженості [5, с.92].

Розповсюдженість захворювань у Тернопільській області зменшилась на 0,9 % в порівнянні з 2010 р., при чому найвищими є показники у Монастириському (1956,0 ‰), Бережанському (1941,5 ‰), Лановецькому (1894,0 ‰), і Бучацькому (1923,1 ‰) районах, найнижчими – у Козівському (1653,0 ‰), Збараському (1664,5 ‰), Гусятинському (1679,4 ‰), Заліщицькому (1760,0 ‰), Тернопільському (1727,2 ‰) районах. Зменшення рівня показника ще не свідчить про наростання позитивних змін у стані здоров'я населення, адже це могло відбутися за рахунок відсутності лікувальних заходів, що призвело до зростання смертності серед хворих і, як наслідок, зменшення їх чисельності.

Число зареєстрованих захворювань вперше в житті серед усього населення – 742176 випадків. В структурі первинної захворюваності перше місце посідають хвороби органів дихання – 30131,5 на 100 тис. населення або 43,9%, друге місце – хвороби шкіри – 4914,3 або 7,02%, третє місце – хвороби органів кровообігу – 4808,9 або 7,0%. Показник первинної захворюваності найбільший у м. Тернополі (80595,8), найменший – у Козівському районі (49378,8). Високі показники захворюваності зареєстровано у Бережанському (78366,9), Шумському (76293,7) та Бучацькому (76260,6) районах. Захворюваність серед сільського населення становить 60,0 %, серед міського – 40,0 % [3, с.21]. Показник первинної захворюваності більш чутливий до впливу змін у середовищі, що оточує населення. Аналізуючи його можна одержати правильне уявлення про ефективність відповідних соціально-гігієнічних і лікувальних заходів. Необхідно зауважити, що відсутність умов для зручного та своєчасного звернення населення по медичну допомогу, низький рівень санітарної культури населення, недбале ставлення до власного здоров'я, що частіше зустрічається серед сільських мешканців, призводять до того, що число зареєстрованих захворювань у районах з переважанням сільського населення менше фактичного.

Водночас аналіз структури захворюваності одночасно із аналізом числа вперше встановленого діагнозу в запущених стадіях процесу дає можливість додатково виявити недостатню роботу лікарів та районних спеціалістів по активному виявленню хвороб. У структурі поширеності захворювань за класами хвороб перше місце посідають хвороби системи кровообігу, друге – хвороби органів дихання, третє – хвороби органів травлення. Вищим від середньообласного показник загальної запущеності є у Лановецькому (28,2%), Шумському (26,2%), Тернопільському (23,7%), Гусятинському (23,2%), Підволочиському (23,0%), Борщівському (22,1%), Бучацькому (20,7%) районах та в м. Тернополі (19,9%). В розрізі соціальної ефективності наведені дані свідчать про низький рівень настороженості

населення щодо всіх видів захворювань та слабкий контроль за цією ланкою роботи з боку адміністрації лікарень.

Наступним показником соціальної ефективності роботи медичних закладів в регіоні є інвалідність. Інвалідність як статистичне поняття – це сукупність показників, які характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення й склад інвалідів на даній території за віком, групами, причинами тощо. Інвалідність є одним з найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення. Вона надто тісно пов'язана із захворюваністю населення і по суті завжди є її результатом. Це ж стосується й інвалідності дітей унаслідок анатомічних дефектів та вроджених вад. А отже, показник інвалідності прямо дозволяє оцінити результативність діяльності медичних установ.

За період 2011 р. число вперше визнаних інвалідами серед дорослого населення Тернопільської області становить 4037 чол., що на 69 випадків більше у порівнянні з 2010 роком – 3968, відповідно підвищився рівень первинного виходу на інвалідність з 45,6 до 46,4 випадків на 10 тис. дорослих жителів. В розрізі районів цей показник коливається від 33,5 випадків в Лановецькому районі до 57,5 випадків в Заліщицькому районі.

Основною медико-соціальною причиною в структурі первинної інвалідності дорослого населення Тернопільської області тривалий час залишаються хвороби системи кровообігу – їх частка складає 21,2 % всієї первинної інвалідності серед дорослого населення. У розподілі груп інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу 17,9 % випадків припадає на I групу, 16,8 % на II групу і 65,3% на III групу інвалідності.

Друге місце у причинній структурі первинної інвалідності дорослого населення у 2011 року займають новоутворення, їх частка становить – 20,0%. В 2011 році спостерігається підвищення первинної інвалідності в цій групі захворювань – на 85 чоловік з 723 у 2010 р. до 808 у 2011 р. До числа районів, у яких цей показник є найвищим відносяться Заліщицький (15 випадків/10 тис. дорослого населення), Чортківський (14,9), Кременецький (10,4). Найменший вихід на інвалідність внаслідок онкопатології в Лановецькому районі – показник 5,2.

У 2011 р. в порівнянні з 2010 р. також спостерігається підвищення первинної інвалідності в класі хвороб кістково-м'язової системи, їх кількість збільшилась на 46 випадків в порівнянні із 2010 р. У розрізі районів найвищі показники первинного виходу на інвалідність внаслідок хвороб кістково-язової системи є у Бучацькому (8,8 випадків/10 тис. дорослого населення), Гусятинському (7,9), Борщівському (7,4) районах. Найнижчий показник в Підгаєцькому районі (0,6).

Особи працездатного віку становлять переважну більшість первинної інвалідності, їх відсоток коливається з 84,2% у 2010р. (по Україні у 2010р. – 80,4%) до 86,2% у 2011 році. Найвищий рівень спостерігається в Борщівському (76,5), Гусятинському (61,1), Заліщицькому (76,6), Монастириському (60,7), Чортківському (63,00), Кременецькому (58,6), Зборівському (57,7), Тербовлянському (58,0) районах. Нижче середньообласного показник у: Шумському (49,4), Тернопільському (43,7), Підволочиському (48,3), Лановецькому (45,1), Козівському (48,2), Бережанському (50,0) районах [1].

Проблема інвалідності з точки зору соціального ефекту від діяльності медичних закладів у регіоні може розглядатися в двох ключових аспектах: по-перше, інвалідність знижує якість життя особи, зумовлює психологічне напруження та обмеженість життєдіяльності, адже відомим і сталим є той факт, що середовище проживання в будь-якому регіоні України (а особливо в такому депресивному, як Тернопільська область) не пристосоване для осіб з обмеженими можливостями; по-друге, інвалідність зменшує економічний потенціал продуктивних сил суспільства та продуктивність суспільної праці, що призводить до додаткового навантаження на працездатне населення області в умовах демографічної кризи, коли частка працездатних осіб у структурі працездатного населення залишається малою. Так, рівень інвалідності на 10 тис. працездатного населення у 2011р. на Тернопіллі становив 10,9. Найвищий рівень спостерігався в Чортківському (13,3), Тербовлянському (11,5), Кременецькому (12,7), Збарзькому (14,1), Заліщицькому (17,4), Бучацькому (11,8),

Борщівському (11,0) районах. Найнижчі показники – у Шумському (6,6) Підгаєцькому (8,0), Лановецькому (7,3), Зборівському (7,6), Монастириському (8,1) районах.

У структурі первинної інвалідності працездатного населення, другий рік поспіль, перше місце займають новоутворення. Продовжується ріст даної патології з 609 чол. у 2010 р. до 670 осіб у 2011р., з них : до 39 років – 137 осіб, від 40 до 55/60 р. – 533 осіб. Друге місце в структурі первинної інвалідності працездатного населення займають хвороби системи кровообігу. У 2011 році по даній патології вперше було визнано інвалідами 615 чол. проти 583 чол. у 2010 р. , з них : до 39 років – 50 чол., від 40 до 55/60 р. – 565 осіб. Наведені дані свідчать про водночас складну соціально-економічну ситуацію в області та неефективність заходів профілактичного медичного огляду серед працюючого населення.

Смертність є яскравим показником соціальної ефективності від діяльності медичних закладів у регіоні. Якщо аналізувати величину смертності, то необхідно прослідкувати величину природного приросту за адміністративно-територіальними районами Тернопільської області, бо природний приріст відображає перевищення народжуваності над смертністю або навпаки, що свідчить про масштабність вимирання населення. Причиною природного скорочення населення в Тернопільській області (додатнім природний приріст станом на 2011 р. був лише у м. Тернополі – +5‰ та у Бучацькому районі – +1,4‰) є не лише низька народжуваність, а й стабільно висока смертність, спричинена погіршенням здоров'я населення.

Найбільший ріст смертності у 2011 р. в порівнянні з минулим роком спостерігався в таких районах: Заліщицькому – від 15,4 на 1000 осіб населення в 2010 р. до 15,8 в 2011 р., Зборівському від 18,0 до 19,0. Особливо виражений процес депопуляції в таких районах: Монастириському –8,3, Підгаєцькому –7,6, Підволочиському –7,3, Ланівському –7,0, Козівському –6,4, Зборівському –6,0, в яких природний приріст на протязі 2 років перевищує обласний показник в 3 і більше разів. Показник дитячої смертності за 2011 р. склав 8,03 ‰. Найвищі показники в Підгаєцькому (13,2‰), Тернопільському (11,3‰), Кременецькому (10,8‰), Монастириському (10,7‰) районах [3, с.16].

Необхідно зазначити, що серед набору показників, що ілюструють соціальний ефект від діяльності медичних закладів, відсутні показники забезпеченості населення лікарняними закладами та їх відвідуваності, які опосередковано відображають причини стану здоров'я населення та якість медичного обслуговування. Щодо Тернопільської області, то тут спостерігається нерівномірне забезпечення лікарняними ліжками на кожні 10 тис. населення. Зокрема найвищим цей показник є у районах з найменшою загальною чисельністю населення – Підгаєцькому (60,3), Шумському (68,6), Лановецькому (57,8), а найнижчим – у Тернопільському районі (33,4), хоча їх рейтинги соціального ефекту (табл. 1) є близькими за значенням, що свідчить про низьку ефективність роботи медичних закладів навіть у тих районах, де їх потужність є найбільшою.

У порівнянні з минулим роком у 2011 р. кількість відвідувань медичних закладів зменшилась на 252742. Аналізуючи цей показник можна сказати, що в районах іде недо врахування кількості відвідувань, немає контролю зі сторони керівництва. Кількість відвідувань на одного жителя становить 11,3. Нижче середньообласного показника кількість відвідувань спостерігається у Кременецькому (9,7), Тернопільському (9,9), Лановецькому (10,2) районах. Вище обласного показника – у Заліщицькому (12,7), Підгаєцькому (12,3), Козівському (12,1), Монастириському (12,1), Бережанському (12,0), Шумському (12,0) районах [3, с.62].

Загалом, проведений аналіз свідчить про наступне: найнижчий ранг соціального ефекту від діяльності медичних закладів отримали ті райони, де показники захворюваності, інвалідності та смертності були найбільшими, а найвищий – ті райони, де аналогічні показники офіційною статистикою були зафіксовані як найнижчі по області. Проте аналіз реальної соціальної ефективності не може бути обмежений лише кількісними характеристиками, бо зрозумілим є те, що аналіз соціального ефекту від діяльності медичних закладів тісно пов'язаний із аналізом медичного ефекту, тобто характеристикою рівня захворюваності, його динаміки, якості медичної допомоги тощо. Водночас оцінити якість медичної допомоги складно через значний суб'єктивізм в оцінюванні, викривленість або невірне трактування кількісних оцінок,

непридатність для оцінки якості будь-якого етапу надання медичної допомоги, часто неможливість збору та аналізу даних про типові помилки лікарів або недоліки в роботі лікувально-профілактичного закладу. Наприклад, як правило, покращення роботи з виявлення контингентів хворих з хронічним перебігом захворюваності призводить до зростання показників захворюваності, що також прослідковується в районах Тернопільської області.

На думку автора, аналіз статистичних даних щодо соціального ефекту медичної сфери необхідно доповнювати іншими методами збору та обробки соціологічної інформації, такими як опитування хворих, анкетування медичного персоналу тощо з метою уникнення суб'єктивізму в оцінці та трактуванні кількісних показників.

Висновки і перспективи подальших розробок. В умовах ринкової економіки пацієнт – це клієнт, який платить за надану йому медичну послугу. Як і у випадку ринку будь-яких послуг, логічно постають питання про потреби (запити) клієнта та ступінь задоволення цих потреб. Ступінь задоволення пацієнта наданою медичною послугою залежить від багатьох факторів (у тому числі від суб'єктивних), наприклад від особливостей характеру, віку, статі, рівня освіченості та культури, загального стану здоров'я, матеріального рівня, бажання відвідувати медичні установи, загальносуспільного уявлення про якість медичного обслуговування тощо. У цілому ці фактори призводять до того чи іншого рівня відвідуваності реальними чи потенційними хворими медичних установ. У поєднанні з наявністю або відсутністю необхідної мережі медичних закладів та медперсоналу це призводить до певного соціального ефекту від діяльності сфери охорони здоров'я. У процесі вивчення рівня згаданого соціального ефекту значну роль можуть відіграти спеціально організовані статистичні спостереження, що дають можливість виявити стан медичного обслуговування в регіоні та його ефективність серед різних груп населення, у поєднанні з аналізом щорічних статистичних даних медичних закладів [6, с.395].

Незважаючи на всі недоліки існуючих методів, існує об'єктивна необхідність вивчення реальної величини соціального ефекту в окремих регіонах України від діяльності медичних закладів, перш за все, у зв'язку з процесами старіння населення, зменшення народжуваності та моніторингу стану репродуктивного та сексуального здоров'я населення, з метою підвищення рівня задоволеності населення від умов проживання в країні, зменшення еміграційних потоків, збільшення обсягу та продуктивності трудових ресурсів. Тому перспективними вбачаємо кроки із розширення методологічної бази дослідження соціального ефекту від діяльності медичних закладів в регіоні, доповнення її соціологічними методами збору інформації.

Список використаної літератури

1. Головне управління статистики у Тернопільській області [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.te.ukrstat.gov.ua.
2. Діагностика соціального розвитку регіону: [наук. розробка] / З. В. Балабаєва, С. В. Овчаренко, І. Л. Росколотько. – К.: НАДУ, 2010. – 40 с.
3. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області: довід. інфор.-аналіт. центру медичної статистики / гол. ред. М. М. Буртняк. – Тернопіль: Тернопільська обласна державна адміністрація, Головне управління охорони здоров'я, 2012. – 127 с.
4. Столяров Г. С. Статистика охорони здоров'я: [навч.-метод. посіб.] / Г. С. Столяров, Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков. – К.: КНЕУ. – 2000. – 187 с.
5. Столяров Г. С. Соціальна статистика: [навч.-метод. посіб.] / Г. С. Столяров, М. Ю. Огай – К.: КНЕУ, 2003. – 195 с.
6. Топчієв О. Г. Основи суспільної географії: [підруч.] / О. Г. Топчієв. – Одеса: Астропринт, 2009. – 544 с.

Прийнято до друку 10.05.2012