

Чимала кількість пацієнтів, що страждає на ВХ (16 %) має дуже незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини, що може бути пов'язано з виникненням і розвитком ВХ спричиненої інфікуванням НР.

Висновки.

1. У молодих осіб хворих на ВХ показники КПВ є високими і дуже високими, а разом з цим - переважно і низький показник індексу гігієни ротової порожнини.

2. Серед методів визначення ризику інфікування НР і, очевидно, контролю за успішністю лікування ВХ, можна використовувати такі прийняті в стоматологічній практиці показники, як інтенсивність КПВ та гігієнічний індекс порожнини рота.

#### ЛІТЕРАТУРА.

1. Rupal Shah. Диспепсія и Helicobacter pylori // Therapia. – 2007. - № 11. – С. 57 – 60.
2. Передерий В.Г., Ткач С.М., Передерий О.В. Диагностика и лечение хронического гастрита, язвенной болезни желудка, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, болезни Менетрие, предупреждение злокачественной лимфомы и рака желудка, вызванных инфекцией Хеликобактер пилори (Helicobacter pylori), в вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту. Киев. – 1999. – 187 с.
3. Виноградова Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей. Ленинград, «Медицина», 1982. – 160 с.
4. Власов В.В. Надежны ли сведения об эффективности диагностического теста ? //Therapia. – 2006. - № 10. – С. 64 – 69.

І.Б.ШЕВЧУК

### ВПЛИВ РЕГІОНАЛЬНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ФОРМУВАННЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

*Розглянуто характер впливу регіонального ринку медичних послуг на формування способу життя населення. Здійснено кореляційно-регресійний аналіз залежності відвідуваності населенням музеїв та всиновлення дітей від прибутку підприємств охорони здоров'я. Наголошується на тому, що його роль стане більш визначальною, якщо буде здійснено ряд заходів щодо впровадження ринкових механізмів в систему охорони здоров'я України.*

*Рассмотрено характер влияния регионального рынка медицинских услуг на формирование образа жизни населения. Осуществлено корреляционно-регрессионный анализ зависимости посещаемости населением музеев и усыновление детей от прибыли предприятий здравоохранения. Делается ударение, что его роль станет более определяющей, если будет осуществлен ряд мероприятий по внедрению рыночных механизмов в систему здравоохранения Украины.*

*The character of influence of the regional market of medical services on formation of a way of life of the population are considered. It is carried out the analysis of dependence of attendance by the population of museums and adoption of children from profit of the enterprises of public health services. The accent that its role becomes more defining if a number of actions on introduction of market mechanisms in system of public health services of Ukraine will be carried out is done.*

Сучасні умови життєдіяльності людини в залежності від соціально-економічної та політичної ситуації в державі, можна охарактеризувати як нестабільні та стресові, що позначаються на формуванні способу життя населення. Спосіб життя, під яким в найширшому сенсі слід розуміти особливість життєдіяльності особи, що дає їй можливість досягнути певної мети, в значній мірі залежить від кількості індивідуального здоров'я. Останнє визначається можливістю отримати якісні медичні послуги на регіональному ринку медичних послуг.

На думку автора, регіональний ринок медичних послуг (РРМП) - це ринок медичних послуг окремо взятого регіону, що відрізняється від інших місцезнаходженням, видами медичних послуг, цінами на них і їх пропозицією, які залежать від особливостей попиту, сформованого специфічними запитами населення, яке в цьому регіоні має відповідні господарські освоєності, соціальну та вікову-статеву структуру, структуру захворюваності, рівень доходів тощо. Головним завданням РРМП є забезпечення населення регіону необхідною кількістю медичних послуг для примноження і покращення індивідуального та суспільного здоров'я. Таким чином, якісний результат медичних

послуг, отриманих споживачем на РРМП, безумовно впливає на рівень і якість життя, на стандарти і стиль життя, а вони є характерними рисами категорії “спосіб життя”.

Суб'єктами даного ринку є виробники (лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади, діагностичні та реабілітаційні центри тощо), споживачі (індивідуальні і групові) та посередники (страхові організації, благодійні організації). При цьому, кожен із них реалізує свої інтереси на РРМП. Так, споживачі зацікавлені у збереженні та примноженні (формування капіталу здоров'я) здоров'я. Виробники медичних послуг прагнуть до розширення медичних послуг та збільшення притоку фінансових засобів, задоволення першочергових потреб пацієнтів при бюджетному фінансуванні та максимізації прибутку і мінімізації витрат при наданні платних медичних послуг; підвищення ефективності взаємодії з покупцями медичних послуг, правової та економічної самостійності. Інтерес держави проявляється у поширенні серед населення здорового способу життя, формуванні капіталу здоров'я населення регіону та нації в цілому, профілактики захворювань, створення правового поля, задоволення соціальних потреб населення, забезпечення гарантованого мінімуму медичного обслуговування для всіх громадян, створення національної СОЗ.

За останні роки в Україні було прийнято ряд нормативно-правових актів [4, 5, 6, 7, 8, 11] щодо реформування СОЗ і покращення здоров'я населення. Спільним для них усіх є забезпечення належного фінансування СОЗ відповідно до потреб населення та гарантованого державою рівня медичної допомоги. Аналізуючи реальні державні витрати на охорону здоров'я за останні п'ять років, можна говорити про їх збільшення більше ніж у три рази (2002 р. - 6,5 млрд. грн., 2007 р. - 21 млрд. грн., у 2008 р. - 32,1 млрд. грн., що на 25,7% більше ніж у 2007 р.). Незважаючи на це, вони складають менше 4% від ВВП. При цьому, понад 60% виділених коштів припадає на фонд оплати праці.

За оцінкою ВООЗ, якщо частка від ВВП на потреби охорони здоров'я складає менше 5%, то це свідчить про непрацездатність галузі, а питома вага заробітної плати в структурі витрат понад 30% - про відсутність процесу відтворення галузі.

Якщо ж аналізувати видатки на охорону здоров'я на душу населення по місцевих бюджетах у 2006 р., то слід звернути увагу на те, що їх обсяг не досягнув планового рівня у жодній з областей України (рис.1.). Значне недофінансування спостерігалось у Київській (96,9%), Харківській (96,4%), Луганській (96,3%) і Одеській (95,1%) областях. Аналогічна ситуація спостерігається і в останні роки.

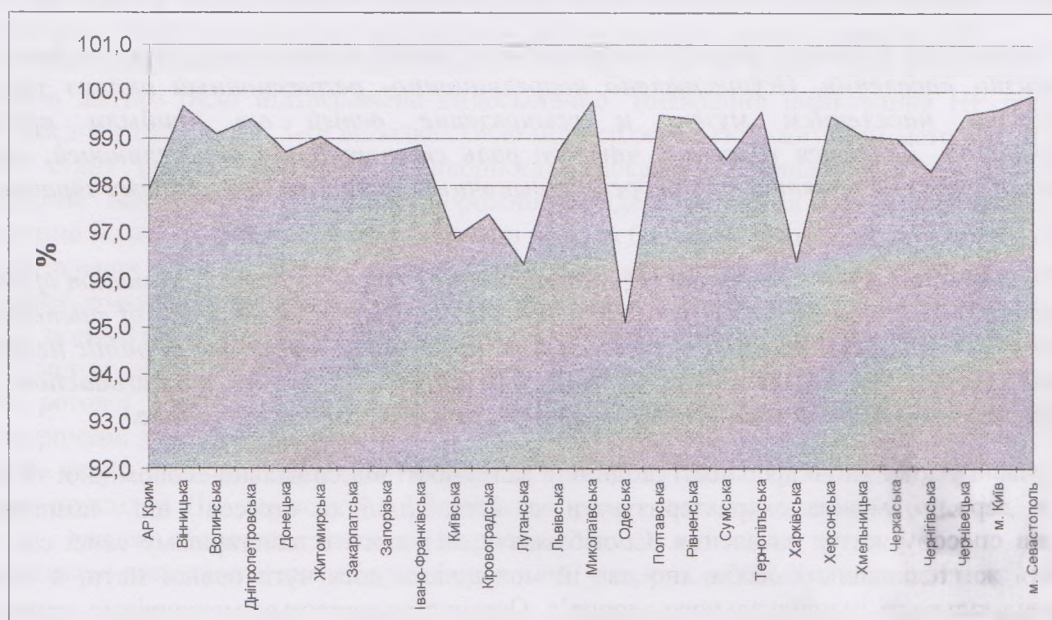


Рис. 1. Виконання плану по обсягу видатків на охорону здоров'я на одну особу по місцевих бюджетах у 2006 р.

Розраховано і побудовано за: [3].

Таким чином, можна стверджувати про те, що рівень фінансування СОЗ є недостатнім для забезпечення належної роботи галузі, а, отже, і для надання населенню цілком безоплатних медичних послуг для збереження і поліпшення здоров'я. Сказане підтверджується ще тим, що у цілому видатки



загального і спеціального фондів Державного бюджету України на 2009 р. на охорону здоров'я зменшилися порівняно з 2008 р. на 3,48% [12].

А це в свою чергу, вимагає залучення ринкових механізмів фінансування галузі та інтенсифікації підприємницької діяльності на РРМП. Тому у якості чинника, який мав би спонукати українців до ведення здорового способу життя слід розглядати недоступність медичної допомоги через нестачу фінансових ресурсів для її отримання. За результатами опитування [9] проведеного Держкомстатом України у жовтні 2006 р., частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, збільшилася від 13% до 14%. Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вказала занадто високу вартість ліків, медичних товарів та послуг.

Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. Майже у половини домогосподарств, в яких хто-небудь з членів при потребі не отримав медичну допомогу, хворі не мали можливості відвідати лікаря. У чотирьох з п'яти таких випадків це пояснювалось високою вартістю послуг, 11% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 18%), кожний десятий – занадто довгою чергою [9]. Кожне шосте домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності необхідного лікування у лікувальних установах. Дев'ять з десяти вказали, що це зумовлено високою його вартістю. Адже, серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, 90% брали з собою медикаменти, 79% - їжу, 61% - постіль.

Несуттєво змінилася ситуація у 2008 році. За даними опитування [13] частка домогосподарств, в яких хто-небудь потребував медичної допомоги, порівняно з 2007р. незначно збільшилася і становила 97%. Повідомили, що протягом року зверталися за медичною допомогою 82% опитаних осіб (у 2007р. – 78%). Серед них 94% зазначили, що зверталися до поліклініки (крім стоматолога), 15% – до стоматолога у державній медичній установі, 6% – до приватного стоматолога, 4% – до сімейного лікаря у поліклініці, 3% – до швидкої медичної допомоги. Відвідали платну медичну установу або лікаря з приватною практикою (крім стоматолога) лише 2% осіб, які зверталися за медичною допомогою. Звернулися за допомогою до народного цілителя, гомеопата, знахаря, екстрасенса і т.ін. – 1% таких осіб.

Зважаючи на те, що доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансової спроможності домогосподарств, частка осіб, які скористалися послугами приватного стоматолога або звернулися за медичною допомогою до платної медичної установи чи приватного лікаря (крім стоматолога) становила від 4% до 1% від числа тих, які зверталися за медичною допомогою.

За даними опитування [13] у жовтні 2008 р. частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, склала 13% від загальної кількості домогосподарств, що на 5 в.п. менше, ніж у 2007 р.

Отже, суспільство повинно усвідомлювати те, що краще турбуватись про своє здоров'я, змінивши спосіб життя, ніж левову частку доходів витратити на медицину.

При цьому, слід відмітити, що сучасна медицина не завжди зорієнтована на профілактику захворювань, а лише на їх лікування. А це суперечить визначенню медицини як науки, яка навчає методів збереження здоров'я і лікування хворих. Відомо, що будь-які ліки є потенційно небезпечними для людського організму і їх слід застосовувати тільки у випадках, коли засоби і методи лікування природного походження не дають результатів. Однак, основу РРМП складає алопатична медицина, яка не орієнтована на людей із відмінним здоров'ям і які прагнуть його зберегти, а займається лише хворими особами та використовує для їх лікування фармацевтичні засоби, які іноді викликають ефекти протилежні ознакам захворювання [1, С.19.]. Вона виліковує лише наслідки, а не причини більшості хвороб. Тому пропагування ведення здорового способу життя має неодмінно відіграти значну роль у збереженні здоров'я населення як регіону, так і нації загалом.

Очевидним є те, що медичні послуги, отримані на регіональному ринку, впливатимуть на якість життя населення, оскільки результатом її споживання є покращення і примноження індивідуального та суспільного здоров'я. Від рівня здоров'я людини залежить її працездатність, яка є важливим чинником для збільшення доходів, від яких залежить якість харчування, умов проживання, проведення дозвілля тощо.

Зазначимо, що в Україні рівень доходів населення зростає: у період від 2003 до 2006 рр. найвищий темп зміни наявного доходу на одну особу спостерігався у м.Києві (246,4%) та у Донецькій (233,7%), Луганській (226,1%), Чернігівській (224,4%), Черкаській та Сумській (222,2%) областях. Найгіршою ситуація є в Івано-Франківській (207,8%), Чернівецькій (204,6%) та Рівненській (200,1%)

областях [2]. Проте його недостатньо було для задоволення медичних потреб населення різних соціальних груп.

Зважаючи на наслідки фінансово-економічної кризи 2008-2009 рр., реальні доходи населення регіонів значно скоротилася. А це в свою чергу позначиться на обсягах споживання медичних послуг на регіональних ринках медичних послуг. Зокрема, критичною ситуація є в Чернівецькій, Тернопільській та Івано-Франківській областях. Лише у м. Києві рівень реального доходу населення у 2009 р. практично залишився на рівні 2008 р. (таблиця 1).

Таблиця 1

**Реальний наявний дохід населення за регіонами України у 2009 р.у % до відповідного періоду попереднього року**

|                           | I квартал   | II квартал  |
|---------------------------|-------------|-------------|
| <b>Україна</b>            | <b>87,1</b> | <b>91,7</b> |
| Автономна Республіка Крим | 85,7        | 88,4        |
| <b>області</b>            |             |             |
| Вінницька                 | 89,7        | 92,3        |
| Волинська                 | 85,6        | 92,8        |
| Дніпропетровська          | 83,5        | 90,2        |
| Донецька                  | 84,8        | 90,1        |
| Житомирська               | 86,8        | 91,1        |
| Закарпатська              | 92,2        | 94,2        |
| Запорізька                | 84,0        | 88,8        |
| Івано-Франківська         | 88,3        | 86,7        |
| Київська                  | 83,5        | 97,0        |
| Кіровоградська            | 88,5        | 94,4        |
| Луганська                 | 89,0        | 92,5        |
| Львівська                 | 86,5        | 90,5        |
| Миколаївська              | 88,6        | 94,5        |
| Одеська                   | 85,9        | 89,9        |
| Полтавська                | 84,4        | 89,2        |
| Рівненська                | 86,4        | 93,4        |
| Сумська                   | 86,2        | 91,0        |
| Тернопільська             | 91,4        | 85,1        |
| Харківська                | 87,1        | 89,3        |
| Херсонська                | 86,7        | 94,7        |
| Хмельницька               | 86,2        | 91,6        |
| Черкаська                 | 85,6        | 91,0        |
| Чернівецька               | 90,6        | 85,9        |
| Чернігівська              | 83,5        | 88,4        |
| м.Київ                    | 93,3        | 99,3        |
| м.Севастополь             | 96,4        | 91,8        |

Джерело: Державний комітет статистики України: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

У світовій практиці для визначення рівня якості життя використовують індекс суспільного розвитку країни, який враховує тривалість життя населення. В силу того, що одним із показників ефективного функціонування РРМП є збільшення тривалості життя населення в регіоні, то тим самим можна говорити і про його вплив на якість життя.

Розглянемо, яким же чином РРМП позначиться на стилі і способі життя населення. Зазначимо, що спосіб життя особи кардинально змінюється з появою в сім'ї дитини. Особливою ознакою специфіки способу життя особи є, на нашу думку, відвідуваність нею музеїв. Саме тому, застосуємо лінійний кореляційно-регресійний аналіз для встановлення ступеня впливу частки підприємств охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, які одержали прибуток, на кількість відвідувань музеїв та чисельність дітей, всиновлених протягом року (табл. 2).



## Динаміка показників для побудови регресійно-економетричної моделі

| Показники   | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Кількість відвідувань музеїв за рік, млн. (у <sub>1</sub> )   | 16   | 17,1 | 17,5 | 17,6 | 18,5 | 18,9 | 20,2 | 21,1 | 21,9 |
| Чисельність дітей, всиновлених протягом року (у <sub>2</sub> )  | 7692 | 7593 | 6925 | 6345 | 5596 | 5241 | 4318 | 5229 | 5261 |
| Підприємства охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, які одержали прибуток, у % до загальної кількості підприємств (х) | 65,6 | 70   | 65   | 69   | 72,5 | 73,3 | 73,1 | 74,8 | 72,4 |

Сформовано за: Державний комітет статистики України: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

Функціональна залежність кількості відвідувань музеїв від частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, матиме наступний вигляд:

$$\hat{y}_1 = -12,222 + 0,439x \quad (1)$$

Значення коефіцієнту детермінації  $R^2 = 0,607601$  вказує на те, що кількість відвідувань музеїв на 60,76% залежить від частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, і 39,24% яких, визначається дією інших факторів. Зв'язок між досліджуваними ознаками є відчутний ( $R = 0,7795$ ).

Рівняння (1) можна вважати значущим в силу того, що виконується критерій Фішера:  $F_{кр} = 7,71 < F_{розр} = 10,84$ . Коефіцієнт еластичності  $E = 1,65$  вказує, що збільшення частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, на 1% призводять до збільшення кількості відвідувань музеїв на 1,65%.

Залежність кількості всиновлених дітей від частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, описується такою функцією:

$$\hat{y}_2 = 25437,15 - 274,869x \quad (2)$$

Значення коефіцієнту детермінації  $R^2 = 0,663494$  вказує на те, що чисельність дітей, всиновлених протягом року, на 66,35% залежить від частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, і 34,65% яких, визначається дією інших факторів. Коефіцієнт кореляції  $R = 0,814551152$  вказує на щільний зв'язок між досліджуваними ознаками. Рівняння (2) можна вважати значущим, оскільки виконується критерій Фішера:  $F_{кр} = 7,71 < F_{розр} = 13,8$ . Коефіцієнт еластичності  $E = -3,22$  вказує, що збільшення частки підприємств охорони здоров'я та соціальної допомоги, які отримали прибуток, на 1% призводять до зменшення чисельності дітей, всиновлених протягом року, на 3,22 %.

На основі отриманих результатів, можна говорити про те, що збільшення доходів медичних установ призводить до збільшення витрат населення на медичні послуги. А це на нинішньому етапі соціально-економічного розвитку країни і регіонів, коли, практично, ще не сформований середній клас, ускладнює фінансові можливості всиновлення, тому що зростає вартість утримання дитини в родині загалом.

Отже, в результаті функціонування та розвитку регіонального ринку медичних послуг формуватиметься спосіб життя населення регіону. При цьому, його роль буде більш визначальною, якщо в Україні буде здійснено ряд заходів щодо впровадження нових та удосконалення існуючих нормативно-правових актів, які визначають засади впровадження ринкових механізмів в СОЗ України, впливають на підвищення ефективності використання її кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки. Адже, їх недосконалість ускладнює можливість поліпшення стану здоров'я населення та гальмує ринкові процеси як в цій сфері, так і в економіці країни загалом.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Броуэр Л. Фармацевтическая и продовольственная мафия. Последствия ее деятельности: дискредитация аллопатической медицины и серьезные проблемы состояния здоровья населения Запада / Пер. с франц. Н.Н.Сенченко. – К.: Изд. дом “Княгиня Ольга”, 2002. – С.19.
2. Експрес – інформація від 11.05.2007 р. № 105 “Доходи та витрати населення за 2006 рік”: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
3. Звіт МОЗ про діяльність галузі у 2006 році: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7600](http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7600)
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000
5. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002 - 2011 рр., затверджена Постановою КМУ від 14.01.2002 р. № 14
6. Постанова КМУ від 13.06.2007 р. N 815 “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року”
7. Постанова КМУ від 16.01.2008 р. № 14 “Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків”
8. Розпорядження КМУ № 421-р від 24.07.2006 р. “Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року”
9. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
10. Соціально-економічна захищеність населення України, за матеріалами вибіркового обстеження: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
11. Указ Президента України від 6.12.2005 р. № 164/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”
12. Бюджет—2009: ШОКОВА дієтотерапія охорони здоров'я: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/7707>
13. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році^ [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2009/gdn/sns/sns\\_2008.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2009/gdn/sns/sns_2008.htm)