

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

*3 (53) / 2012*

---

The state establishment "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health  
of Ukraine"

SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky  
Ministry of Health of Ukraine"

BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE  
AND HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ – 2012  
Тернопіль – 2012

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99  
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. №3(55)  
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально  
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» і  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

---

Головний редактор **С.О. Линник**

---

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),  
О.Р. Ситенко (*відповід. секретар*), Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко, М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк,  
Г.О. Слабкий, І.М. Солоненко, Ю.В. Пакін, Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан,  
Н.О. Теренда, Ю.Б. Яценко, Н.П. Ярош

---

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

---

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),  
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),  
А.М. Нагорна (*Київ*), Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куков'якін (*Росія*)

---

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть  
публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук  
(додаток до Постанови Президії ВАК України від 14.04.10 №1-05/3)

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Українського інституту стратегічних досліджень  
(протокол №6 від 26.09.2012)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Адреса редакції**

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3

E-mail: uisr\_moz@ukr.net

Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

**Адреса видавництва і друкарні**

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1

Видавництво «Укрмедкнига» Тернопільського державного медичного університету  
імені І. Я. Горбачевського

телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області

МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”  
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

**Здоров'я і суспільство**

*Григоренко А.А., Красовський К.С., Андрєєва Т.І.* 5  
Вплив зменшення поширеності тютюнокуріння в Україні в 2005–2011 роках на стан здоров'я населення.

*Клименюк В.П.* 11  
Вивчення динаміки інвалідації внаслідок ІХС з використанням АРС-декомпозиції на основі історичних когорт.

*Лучинський М.А., Петрунів В.Б., Лучинський В.М., Лучинська Ю.І.* 17  
Імунологічна реактивність організму дітей, які проживають в зоні впливу негативних чинників довкілля.

*Паласюк Б. О.* 21  
Стан пародонта у дітей середнього та старшого шкільного віку з різним рівнем тривожності.

**Проблеми демографічного розвитку**

*Ященко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю.* 25  
Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті.

*Діденко Л.О., Пірнікоза А.В.* 30  
Медико-демографічні детермінанти потреб і доступності медичної допомоги сільському населенню.

*Федчишин Н.Є.* 36  
Аналіз деяких причинно-наслідкових зв'язків між захворюваністю і смертністю від злоякісних новоутворень та чинниками, що на них впливають.

**Організація медичної допомоги**

*Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Крячкова Л.В.* 40  
Медико-соціальне обґрунтування цільової моделі хоспісної допомоги в Дніпропетровській області.

*Линник С. О., Кризина Н.П., Пархоменко Г.Я.* 46  
Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи їх подолання.

*Хаджинова Н.А.* 53  
Характеристика діяльності дитячих санаторіїв протитуберкульозного профілю, підпорядкованих МОЗ України.

*Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.* 57  
Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я.

**Health and society**

*Grigorenko A. A., Krasovsky K. S., Andreeva T. I.* 5  
Population health impact of the smoking prevalence decline in Ukraine in 2005–2011.

*Klymenyuk V.P.* 11  
Study on dynamics of acquiring CHD related disability by exploiting APC-decomposition technique on the basis of historical cohorts.

*Luchynskyy M.A., Petruniv V.B., Luchynskyy V.M., Luchynska Yu.I.* 17  
Immunological reactivity in children from the regions affected by the harmful environmental factors.

*Palasyuk B.O.* 21  
Periodontal status in children of middle and high school age with different levels of anxiety.

**Problems of demographic development**

*Yashchenko Yu. B., Kondratyuk N.Yu.* 25  
Dynamics of morbidity and mortality due to cardiovascular diseases in Ukraine in regional aspect.

*Didenko L.O., Pirnykoza A.V.* 30  
Medical and demographic determinants of demand and accessibility of medical care to rural population.

*Fedchyshyn N.Ye.* 36  
Analysis of some reasonable and consequent connection between morbidity and mortality from malignant neoplasms and the factors that influence on them.

**Organization of medical care**

*Lekhan V.M., Ginzburg V.G., Kryachkova L.V.* 40  
Medical and social substantiation of the target model hospice care in the Dnipropetrovsk region.

*Lynnyk S. O., Kryzyna N.P., Parkhomenko G.Ya.* 46  
Modern problems of health care national system management and way of their overcoming.

*Hadzhynova N.A.* 53  
Characteristics of children's sanatorium antituberculous profile activity subordinated to the Ministry of Health of Ukraine.

*Panchyshyn N.Ya., Smirnova V.L.* 57  
Evaluation of management effectiveness in health care system.

*Золотарьова Ж.М.* Вивчення професійних і психоемоційних характеристик медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів.

60

*Zolotarova Zh.M.* Studying of professional and psychoemotional characteristics of the medical personnel working with the incurable and seriously ill patients.

### **Підготовка медичних кадрів**

### **Medical personnel training**

*Лехан В.М., Максименко О.П., Венгрин Н.О.* Експертна оцінка навчальних планів та програм підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою за спеціальністю «Лікувальна справа».

66

*Lekhan V.M., Maksimenko O.P., Vengrin N.O.* Expert assessment of curriculum and training programs for junior specialists with higher medical education on speciality "Medicine".

*Збітнєва С.В.* Аналіз кадрового забезпечення офтальмологічної служби з надання медичної допомоги дорослому населенню.

71

*Zbitnyeva S.V.* Analysis of personnel provision of ophtalmologic service to provide medical care to adult population.

### **Інформатизація охорони здоров'я**

### **Informatization of health care**

*Дячук Д.Д.* Оцінка підходів до розробки та використання інноваційних моделей удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я.

75

*Dyachuk D.D.* Evaluation of approaches to the development and use innovative models for improvement activities of health care facilities.

*Бліхар В.Є.* Формулярна система лікарських засобів як керована система управління якістю медичної допомоги в Україні.

86

*Blihar V.Ye.* Formular system of remedies as a controlled management system of the quality of health care in Ukraine

### **Історія медицини**

### **History of Medicine**

*Голяченко О.М., Романюк Л.М.* М.І. Пирогов і Д.К. Заболотний як дзеркало ідентифікації української медицини.

96

*Holyachenko O.M. Romanyuk L.M. M.Pyrohov and D.Zabolotny:* as a mirror of identification of Ukrainian medicine.

*Ганіткевич Я.В.* Історичні етапи розвитку Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

106

*Hanitkevych Ya.V.* Historical periods of Danylo Halytsky National medical university in Lviv.

### **Ювілеї**

### **Anniversaries**

Олег Михайлович Ціборовський (до 80-річчя від дня народження)

117

Oleg Mikhaylovych Tsiborovsky (to the 80-anniversary from birthday)

А.А. ГРИГОРЕНКО, К.С. КРАСОВСЬКИЙ, Т.І. АНДРЕЄВА (Київ)

## ВПЛИВ ЗМЕНШЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ТЮТЮНОКУРІННЯ В УКРАЇНІ У 2005-2011 РОКАХ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я України  
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України  
Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська Академія»

В Україні у період 2005–2011 рр. поширеність куріння зменшилася завдяки застосуванню ефективних заходів контролю над тютюном. Проведений аналіз показав, що смертність від емфіземи в Україні у 2005–2010 рр. скоротилася на 80%. Захворюваність на емфізему, за даними опитування населення, скоротилася у 2004–2011 роках на 26%. Також зменшилася захворюваність на астму та смертність від неї і скоротилася смертність від респіраторних захворювань у цілому. Спостерігалось скорочення смертності від інсульту серед людей працездатного віку та смертності від синдрому раптової смерті немовляти. Заходи, які скорочують поширеність куріння, мають високий потенціал покращення здоров'я населення України.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** тютюнокуріння, захворюваність, смертність, контроль над тютюном.

Вживання тютюну – основна причина передчасних смертей та хвороб в усьому світі, яким людство здатне запобігти. За даними звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я [30], від вживання тютюну щороку гине понад 5 млн людей; очікується, що до 2030 р. ця кількість зросте до 8 млн смертей щорічно. У Європейському регіоні тютюн викликає смерті близько 1,6 млн людей на рік.

За звітом ВООЗ [29], на початку 2000-х років в Україні тютюн був причиною 14,8% усіх смертей і 12,8% втрачених років здорового життя. Куріння спричинювало 13% хвороб в Україні [27]. За оцінками фахівців Оксфордського університету, загальна кількість пов'язаних із тютюном смертей в Україні у 2000 р. становила близько 100 000, або 13% усіх смертей [28]. Основними причинами пов'язаних із тютюном смертей були: серцево-судинні захворювання (47%); захворювання органів дихання (19%); рак легень (16%); інші види раку (9%) та інші причини (9%). Близько 70% пов'язаних із тютюном смертей сталися з людьми віком 35–69 років, кожен померлий у цій віковій групі втратив у середньому 19 років життя.

Щорічно в світі публікуються сотні нових наукових робіт, предметом розгляду яких є вплив активного і пасивного куріння та інших форм вживання тютюну на людське здоров'я [1]. Лише протягом 2008–2011 років було опубліковано понад 30 наукових статей із результатами досліджень впливу тютюнокуріння на здоров'я, виконаних у науково-дослідних установах та вищих навчальних закладах України. Зокрема дослідженнями Інституту гігієни та медичної еко-

логії ім. Марзеєва НАМНУ було показано, що люди, які перебувають у приміщеннях, де курять, зазнають тривалого впливу підвищених концентрацій канцерогенів [9]. Фахівці Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького показали, що куріння є головним фактором ризику раку гортані [12]. Проведений у Харківському національному медичному університеті аналіз стану здоров'я і розвитку дітей першого року життя показав, що діти, які народилися від батьків, що палять, частіше хворіють на респіраторні захворювання, залізодефіцитну анемію, алергічний дерматит, пієлонефрит і запалення легень, ніж діти, чії батьки не палять [26].

Проте зазначені дослідження фіксували показники захворюваності або смертності від окремих захворювань, але не проводили аналіз динаміки цих показників в останні роки.

Узагальнення даних опитувань населення показало, що рівні куріння в Україні у 2000–2005 рр. зростали [25]. Після прийняття у 2005 р. Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» [14] і початку реалізації положень Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну [15], яка була ратифікована Україною у 2006 р., рівні куріння у 2006–2008 рр. почали зменшуватися [7;10;13]. Заходи контролю над тютюном, яких було застосовано у 2008–2010 роках, насамперед збільшення акцизів на тютюнові вироби, призвели до подальшого суттєвого зменшення поширеності куріння, як серед чоловіків, так і серед жінок [3;4;8].

**Метою** роботи є оцінка динаміки рівнів смертності та захворюваності на окремі пов'язані із

вживанням тютюну хвороби на тлі скорочення поширеності куріння в Україні у 2006–2011 рр.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано дані Державної служби статистики України щодо смертності від різних причин у 2005–2010 рр. серед статевікових груп населення України, а також наявні дані МОЗ щодо захворюваності. Оскільки тютюнокуріння є лише одним з факторів розвитку багатьох хвороб, аналізувалися дані за тими хворобами, у розвитку яких вживання тютюну є головним фактором.

Також було проаналізовано дані Державної служби статистики України, яка щорічно проводить вибіркоче опитування членів домогосподарств щодо стану їхнього здоров'я [16–23]. Ця інформація характеризує суб'єктивну оцінку стану здоров'я членів домогосподарств. Починаючи з 2004 р. до програми опитування щодо оцінки населенням стану здоров'я, яке здійснюється органами державної статистики України, на ви-

конання постанови Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», введені питання щодо наявності хронічних захворювань за видами, гармонізованими відповідно до типів хвороб та проблем із здоров'ям, наведених у Міжнародній анкеті опитування щодо самооцінки якості життя, здоров'я населення та користування медичними послугами, яку застосовано в рамках Європейської програми EuroHIS.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Рак легень – це найвідоміше захворювання, головним фактором ризику виникнення якого є тютюнокуріння [1]. У 2005–2010 роках смертність від раку легень скоротилася з 33,6 до 31,0 на 100 тисяч населення (рис. 1). Проте скорочення смертності від раку легень, як чоловіків, так і жінок, спостерігалось в Україні у майже всіх вікових групах ще з 1992 р.

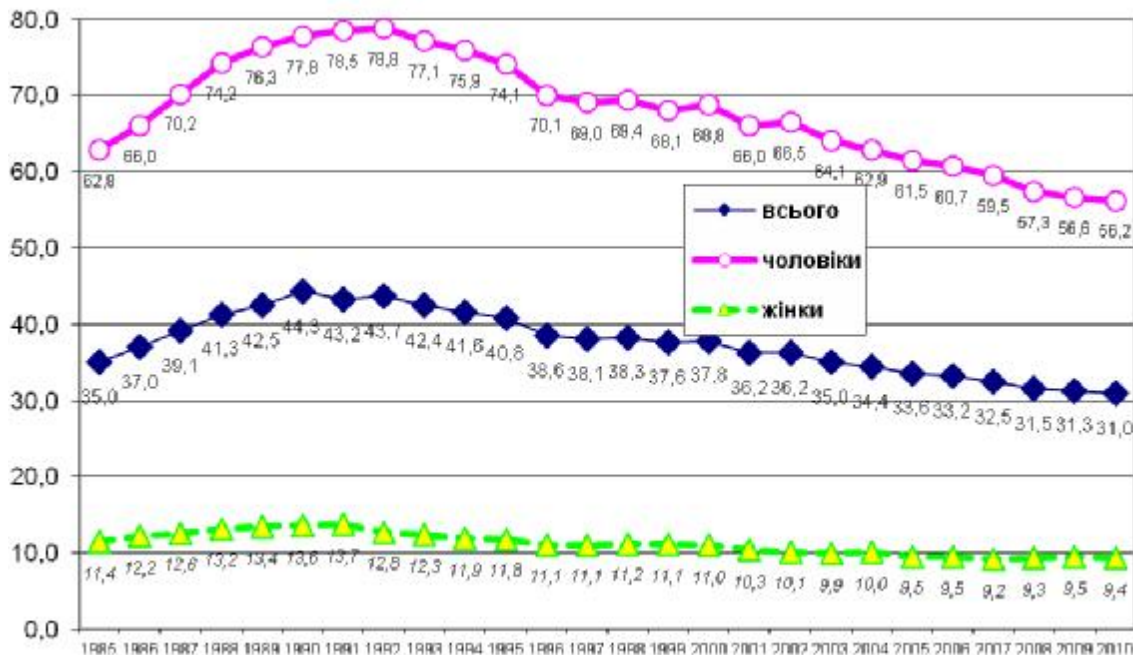


Рис. 1. Смертність від раку легень в Україні у 1985–2010 рр. (на 100 тис. населення)

Аналіз показав, що смертність від раку легень та захворюваність на нього набагато нижча в тих областях України, в яких поширеність куріння у 2000-х роках була низькою, – Волинська, Рівненська, Івано-Франківська (поширеність куріння – 19–20%, смертність у 2010 р. – 19–26 на 100 тис. нас.; захворюваність чоловіків у 2008 р. становила 42–52 на 100 тис. нас., жінок – 6–7 на 100 тис. нас.). Водночас смертність від раку легень та захворюваність на нього набагато вища в тих областях України, в яких поширеність куріння є високою – Донецька, Дніпропетровська, Кіровоградська, Запорізька (поширеність куріння – 26–28%, смертність у 2010 р. – 36–44 на 100 тис.

нас.; захворюваність чоловіків у 2008 р. – 70–89 на 100 тис. нас., жінок – 12–16 на 100 тис. нас.).

Іншим захворюванням, для якого активне куріння є головним фактором ризику смерті, є емфізема (хронічне обструктивне захворювання легень) [1]. Також відомо, що активне і пасивне куріння обтяжує перебіг астми і може призвести до смерті. Протягом 2005–2010 рр. кількість смертей від емфіземи в Україні зменшилася загалом в 5 разів, а кількість смертей від астми за цей час зменшилася майже вдвічі (рис. 2).

Дані опитувань Держстату також свідчать про суттєве зменшення кількості осіб, які повідомили, що хворіють на емфізему або астму (табл. 1).

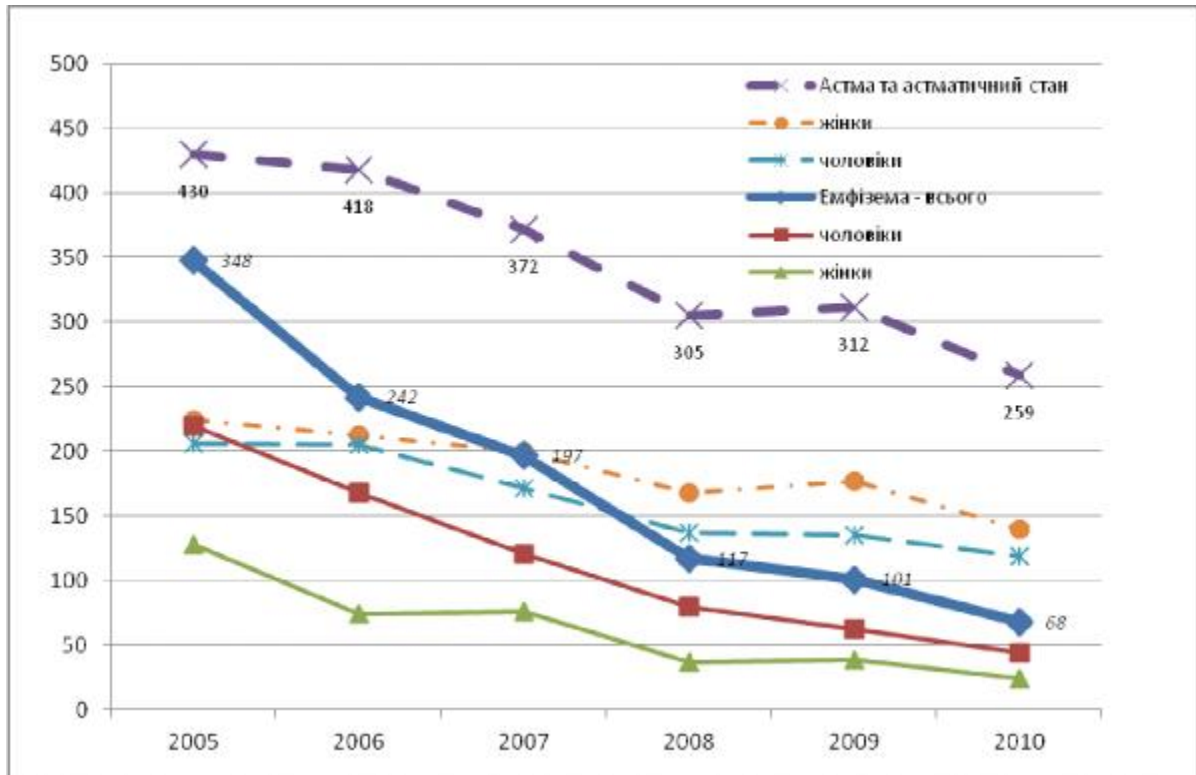


Рис. 2. Кількість смертей від емфіземи та астми в Україні у 2005-2010 рр. (за даними Держкомстату)

Таблиця 1. Кількість осіб, які повідомили, що мають перелічені хронічні хвороби (опитування домогосподарств Держкомстатом)

Хвороба	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Хронічний бронхіт, емфізема	9,6	8,7	9,4	9,0	8,9	7,9	7,6	7,1
Астма	3,5	3,0	3,2	2,6	2,2	2,2	2,5	2,3
Злоякісне новоутворення	1,8	1,6	1,4	1,5	1,3	1,7	1,5	1,4
Хвороби системи кровообігу	29,9	28,6	29,0	29,0	30,4	29,5	30,1	30,3

Крім емфіземи і астми, куріння обтяжує перебіг інших респіраторних захворювань, наслідки яких можуть викликати смерть. Смертність від хвороб органів дихання в Україні зменшилася з 0,59 у 2005 р. до 0,39 у 2011 р., або на 34% (табл. 2).

Дані опитувань Держкомстату (табл. 1) не показують суттєвих змін у захворюваності на онко-

логічні і серцево-судинні захворювання у 2004–2011 рр. Дані щодо кількості смертей показують (табл. 2), що у 2005–2011 рр. смертність від онкологічних захворювань в Україні майже не змінилася, а смертність від серцево-судинних хвороб почала скорочуватися лише починаючи з 2009 р.

Таблиця 2. Кількість смертей серед населення України у 2005–2011 рр. (тис. осіб)

Рік	Всього померло	Причини смерті					
		хвороби системи кровообігу	новоутворення	зовнішні причини	хвороби органів травлення	хвороби органів дихання	інфекційні та паразитарні хвороби
2005	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1
2010	698,2	465,1	88,8	44,0	26,8	19,5	14,6
2011	664,6	440,3	89,0	42,4	25,2	17,9	14,1

На розвиток серцево-судинних хвороб, особливо в старшому віці, крім куріння, впливає багато інших факторів. За даними наукових досліджень, понад 50% смертей від інсульту серед людей молодше 65 років зумовлені курінням, а серед осіб старше 65 років їх частка значно мен-

ша [1]. Тому було проаналізовано дані щодо смертності від інсультів лише для людей працездатного віку (16–59 років для чоловіків, 16–55 років для жінок). Кількість таких смертей у 2005–2011 рр. скоротилася на 33% (табл. 3).

Таблиця 3. Кількість смертей у 2005–2010 рр. від окремих причин в Україні

Показник	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Інсульт – люди працездатного віку, всього	832	779	688	670	571	557
- чоловіки	651	613	547	536	462	450
- жінки	181	166	141	134	109	107
Нещасні випадки, спричинені дією диму, вогню та полум'я, всього	2753	2531	2698	2604	2093	1681
- чоловіки	2031	1877	2009	1910	1478	1152
- жінки	722	654	689	694	615	529
Синдром раптової смерті немовляти	163	191	224	195	177	168

Тютюнокуріння може стати причиною пожежі, яка в деяких випадках (особливо якщо курець перебуває в стані алкогольного сп'яніння) може спричинити смерть. Кількість смертей від нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, зменшилися в Україні у 2005–2010 рр. на 39%, але скорочення було найбільшим у 2009–2010 рр.

Пасивне куріння є одним з головних факторів синдрому раптової смерті немовляти [2;5]. У 2007 р. припинилося зростання смертей від цієї причини, і у 2007–2010 рр. спостерігалось скорочення кількості таких смертей на 25%.

Зменшення поширеності тютюнокуріння у 2005–2010 рр. супроводжувалося скороченням захворюваності і смертності серед населення України. Найвиразніше це проявилось на рівнях респіраторних хвороб. Смертність від емфіземи у 2005–2010 рр. скоротилася на 80%, а захворюваність (за повідомленнями самих хворих) скоротилася у 2004–2011 рр. на 26%.

Результати, отримані українськими дослідниками, збігаються з висновками міжнародних досліджень про те, що тютюнокуріння впливає не лише на захворюваність на емфізему [6] та астму, але й на інші респіраторні хвороби. Зокрема виявлено, що чоловіки-курці вдвічі частіше хворіють на гострі респіраторні захворювання, ніж некурці [24]. З огляду на це зниження рівня смертності від хвороб органів дихання в Україні у 2005–2011 рр. може бути значною мірою зумовлене саме зменшенням поширеності куріння.

Зменшення смертності від астми та синдрому раптової смерті немовляти цілком вірогідно є наслідком зменшення рівнів пасивного куріння, яке спостерігається в Україні останніми роками [7].

Хоча смертність від раку легень у 2005–2011 рр. зменшувалася, нами не зафіксовано пришвидшен-

ня темпів цього процесу у другій половині 2000-х років. Відомо [1], що між піком поширеності тютюнокуріння в країні і піком смертності від раку легень зазвичай спостерігається великий часовий проміжок, який може сягати 20–30 років. Відповідно і зменшення смертності від раку легень відбувається лише через багато років після зменшення поширеності куріння. Тому вплив нещодавнього зменшення поширеності куріння на онкологічну смертність слід очікувати лише через кілька років.

Більш швидкими на тлі зменшення поширеності куріння в Україні були зміни смертності від інших хвороб, зокрема інсультів, серед людей працездатного віку.

Також зменшилась кількість смертей на пожежах, а більш високі темпи цього зменшення у 2009–2010 рр. можуть бути пов'язані зі зменшенням споживання алкоголю в Україні, яке спостерігалось в ці роки [11].

### Висновки

1. Зменшення поширеності активного і пасивного куріння в Україні у 2005–2011 рр. супроводжувалося суттєвим скороченням захворюваності і смертності від емфіземи, астми та інших респіраторних хвороб в Україні.

2. Зменшення смертності від деяких інших хвороб, зокрема смертності від інсульту серед осіб працездатного віку, смертей на пожежах, синдрому раптової смерті немовляти, також може бути певною мірою пов'язано із зменшенням поширеності куріння.

3. Слід і далі розвивати успішні стратегії і заходи контролю над тютюном, оскільки вони мають великий потенціал покращення здоров'я населення України.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у детальному вивченні тенденцій змін



смертності та захворюваності від викликаних тютюнокурінням хвороб у різних вікових та соціальних групах та регіонах України, а також того, як окремі успішні стратегії зменшення спожи-

вання тютюну, які були задіяні в Україні та інших країнах, впливають на рівні захворюваності та смертності від окремих причин.

### Список літератури

1. Андреева Т. И. Табак и здоровье / Т. И. Андреева, К. С. Красовский. – К., 2004. – 224 с.
2. Андреева Т. Смерть в колыбели. Как ее предотвратить / Т. Андреева. – К., ИЦПАН, 2003. – 56 с.
3. Андреева Т. І. Розвиток тютюнової епідемії серед жінок в Україні в 2000–2010 роках / Т. І. Андреева, А. А. Григоренко, К. С. Красовський // Здоровье женщины. – 2011. – № 7 (63). – С. 38–41.
4. Андреева Т. І. Розвиток тютюнової епідемії серед чоловіків в Україні в 2000–2010 роках / Т. І. Андреева, К. С. Красовський, А. А. Григоренко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 45–48.
5. Вплив пасивного паління й продуктів тютюну на розвиток синдрому раптової дитячої смерті / Єршова І. Б., Осипова Т. Ф., Осичнюк Л. М. [та ін.] // Укр. мед. альм. – 2010. – Т. 13, № 3. – С. 85–86.
6. Вплив тютюнопаління на патогенез хронічних обструктивних захворювань легень / О. К. Асмолов, Т. А. Рибак, І. М. Смольська [та ін.] // Одеський мед. журн. – 2008. – № 6. – С. 70–72.
7. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS). Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010 / Тетяна Андреева, Вікторія Захожа, Наталія Король та ін. – К., 2010. – 176 с.
8. Григоренко А. А. Оцінка ефективності виконання заходів Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення у 2009–2010 роках / А. А. Григоренко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3. – С. 68–76.
9. Зінченко Н. О. Роль пасивного куріння у формуванні канцерогенного ризику. / Н. О. Зінченко, І. О. Черниченко, О. М. Литвиченко // Гігієна населених місць. 2011. – № 57. – С. 157–161.
10. Контроль над тютюном в Україні : національний звіт / МОЗ України. – К., 2009 – 127 с.
11. Красовський К. С. Вплив економічної кризи та зменшення споживання алкоголю на скорочення рівня смертності населення України у 2009 році. / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації, 2010. – № 3 (15). – С. 54–57.
12. Крук М. Б. Значення куріння в розвитку раку гортані у хворих віком до 50 років / М. Б. Крук, О. Є. Москалик, А. Ю. Бариліак // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – № 2. – С. 64–70.
13. Оцінка динаміки поширеності тютюнокуріння в Україні / Красовський К. С., Андреева Т. І., Григоренко А. А., Бутильська Н. А. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 91–99.
14. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України від 22.09.2005 № 2899-IV // Офіц. вісн. України. – 2005. – № 42. – С. 51.
15. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіц. вісн. України. – 2006. – № 13. – С. 128.
16. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2004 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
17. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2005 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
18. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2006 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
19. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2007 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
20. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
21. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
22. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році / Державний комітет статистики України [cited; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
23. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2011 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2011 року) / Державна служба статистики України. – К., 2012. – 142 с.
24. Товт-Коршинська М. І. Особливості психоемоційного стану та схильність до гострих респіраторних захворювань у курців тютюну різної статі / М. І. Товт-Коршинська, С. О. Рудакова // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. – 2011. – Вип. 40. – С. 145–148. – (Медицина).
25. Тютюн в Україні: національне опитування щодо знань, ставлення і поведінки. – К. : Міжнародний центр перспективних досліджень, 2005. – 94 с.

26. *Хоценко Г. О.* Аналіз стану здоров'я і розвитку дітей першого року життя в залежності від різних варіантів тютюнопаління батьків до та під час вагітності / Г. О. Хоценко, В. О. Фьоклін, С. Г. Біляєв // Експеримент. і клініч. медицина. – 2009. – № 1. – С. 116–120.
27. *Arnaudova A.* Ten health questions about the new EU neighbours / A. Arnaudova. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006.
28. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000* / R. Peto [et al.]. – 2nd ed. – Oxford : Oxford University Clinical Trial Service Unit.
29. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006.
30. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.* – Geneva : WHO, 2009. – 568 p.

### **ВЛИЯНИЕ УМЕНЬШЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ В УКРАИНЕ В 2005–2011 ГОДАХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*А.А. Григоренко, К.С. Красовський, Т.І. Андреева (Київ)*

В Украине в период 2005–2011 годов распространенность курения уменьшилась благодаря применению эффективных мер контроля над табаком. Проведенный анализ показал, что смертность от эмфиземы в Украине в 2005–2010 гг. сократилась на 80%. Заболеваемость эмфиземой, по данным опросов населения, сократилась в 2004–2011 гг. на 26%. Также уменьшилась заболеваемость астмой и смертность от нее и сократилась смертность от респираторных заболеваний в целом. Наблюдалось снижение смертности от инсульта среди людей трудоспособного возраста и смертности от синдрома внезапной смерти младенца. Меры, которые снижают распространенность курения, имеют высокий потенциал улучшения здоровья населения Украины.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** табакокурение, заболеваемость, смертность, контроль над табаком.

### **POPULATION HEALTH IMPACT OF THE SMOKING PREVALENCE DECLINE IN UKRAINE IN 2005–2011**

*A. A. Grigorenko, K. S. Krasovsky, T. I. Andreeva (Kyiv)*

In Ukraine in 2005–2011 prevalence of smoking has declined due to the use of effective tobacco control policies. The presented analysis reveals that emphysema deaths declined in Ukraine in 2005–2010 by 80%. Self-reported prevalence of emphysema, according to population surveys data, declined in 2004–2011 by 26%. Self-reported asthma, asthma-related deaths, and overall respiratory mortality have declined as well. Number of stroke deaths in working-age population and sudden infant death syndrome has reduced. Tobacco control policies have great potential to benefit public health in Ukraine.

**KEY WORDS:** smoking, morbidity, mortality, tobacco control policies.

*Рецензент:* д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий

В.П. КЛИМЕНЮК (Вінниця)

## ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ВНАСЛІДОК ІХС З ВИКОРИСТАННЯМ APC-ДЕКОМПОЗИЦІЇ НА ОСНОВІ ІСТОРИЧНИХ КОГОРТ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вивчено історичний і соціальний аспекти формування інвалідизації внаслідок ІХС населення Житомирської області суцільним методом на основі послідовних когорт народжених, починаючи з 1940 року, на основі дизайну стріп-спліт-плот. Проведено APC-декомпозицію рівнів інвалідизації в процесі зміни і визрівання історичних когорт в часі. Аналіз даних зроблено на основі ієрархічної нелінійної мікст-моделі. Результати свідчать про тенденції збільшення ризику інвалідизації в прийдешніх когортах поряд зі зменшенням доступності експертизи і можливості отримати групу інвалідності.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** інвалідизація, APC-декомпозиція, ІХС.

Реформи охорони здоров'я адаптують систему медичної допомоги до змін в потребах населення та ресурсних можливостях. Суспільні потреби ґрунтуються на популяційних показниках здоров'я, зокрема на інвалідності, яка суттєво позначається на якості життя і обсягах споживання медичних послуг [3;9]. Серед причин інвалідизації важливе місце посідає ішемічна хвороба серця (ІХС). Однак дослідження динаміки інвалідизації ускладнюється APC-феноменом, проблеми поєднаної дії APC факторів віку, періоду спостереження та історичними когортами. Останні розвиваються одночасно у віці і в часі, що створює проблему невіддільності впливу APC факторів. Це перше в Європі і країнах СНД популяційне аналітичне дослідження ризиків інвалідизації, проведене на основі історичних когорт.

**Матеріали і методи.** Включена вся популяція Житомирської області, суцільним методом включені випадки інвалідизації внаслідок ІХС протягом 1999-2008 років з охопленням когорт народжених до 1940 року і до сучасних. Основу дизайну складає APC-конструкція, яка відтворює рух когорт по рокам і віку. Опорною одиницею дослідження є когорта за народженням. Дослідження охопило 11 когорт за часом народження до 1940 року, яка охоплювала осіб, які дожили до 1999 року (перша когорта), і послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941-45», «1946-50», ...) до наймолодшої когорти, представники якої народилися після 1985 року. Когорта є важливою експериментальною одиницею спостереження, оскільки ототожнює унікальну комбінацію історико-соціальних подій, кумуляцію послідовних експозицій, які зазнали протягом життя представники когорти. Важливим фактором є час, в якому розвивається когорта. На відміну від традиційного значення, час

набуває властивостей блокового фактору, втрачаючи значення «повторюваності», і оцінюється як рандомізований ефект. Вік, як третій фактор APC-конструкції, визначений дизайном як коваріата, притаманна мешканцю як мікроодиниці спостереження. Його ефект оцінюється як коваріативний на другій ступені ієрархічної моделі за дизайном дослідження.

Район утворює популяційну одиницю спостереження і, поряд з когортою та роком дослідження, є складовою першого ступеня моделі. Використання популяційної одиниці уможливило використання популяційних характеристик, важливими є інвалідизація визначених груп населення, соціально-економічні та медико-демографічні характеристики популяцій. Описані одиниці спостереження організовані в дизайні спостереження таким чином, що визначають ряд експериментальних одиниць спостережень, на основі яких тестуються гіпотези, задані завданнями дослідження. Зокрема крос-класифікація районів з роками спостереження обумовлює стріп-плот (strip-plot) елемент дизайну  $A \times B$  (рис. 1), хоул-плот (whole-plot) як експериментальна одиниця дизайну утворена гніздуванням когорти в стріп-плоті  $C(A \times B)$ ; дужки виразу показують, що градації фактора  $C$  (когорти 1 ... 11) розміщені в елементах перехресної класифікації факторів  $A$  і  $B$ .

Типологічні фактори представників когорти (стать, місце проживання мешканців), в свою чергу, розміщені (утворюють гнізда) в хоул-плотах, утворюючи експериментальну одиницю дизайну спліт-плот (split-plot)  $F(C(A \times B))$ . Всього дизайн сформовано на основі 7 експериментальних одиниць спостережень, основні риси і розміщення яких винесені в назву дизайну.

Основною проблемою аналізу даних, організація яких включає APC-фактори, є проблема ідентифікації [7;12], суть якої зводиться до існу-

вання лінійного зв'язку між віком, періодом та когортою, а саме:  $\text{Період}-\text{Вік}=\text{Когорта}$ .

Це означає, що існує безліч рішень моделі (так чи інакше рішення базуються на інвертації матриці даних  $X^T X$ ). Це ускладнює оцінку незалежних ефектів віку, періоду та когорти. Проблема вирішена на основі дизайну стріп-спліт площ

ту з розшаруванням вказаних ефектів за різними окремими експериментальними одиницями спостереження – від індивідуума, на рівні якого реєстрували вік, до розміщень когорти і періоду по різних одиницях спостережень, аж до макроодиниці спостереження району.

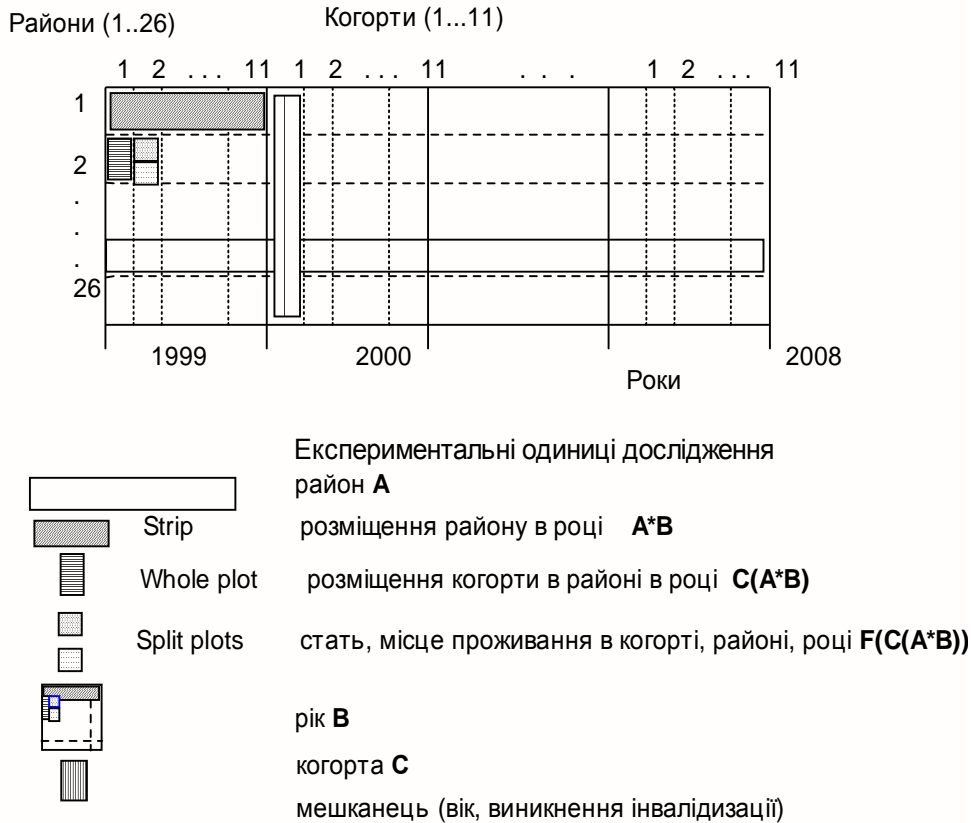


Рис. 1. Стріп-спліт-плот лонгітудинальний дизайн дослідження

Інше утруднення в тому, що експериментальні одиниці спостереження є рандомізованими ефектами [10;11]. Так, кожна з 7 задіяних одиниць спостережень представляє вибірку (випадкову реалізацію) із популяції (великої множини) можливих, тобто є реалізацією випадкової величини з нормальним розподілом  $\sim N(0, \sigma^2)$ . Оцінки параметрів цих розподілів утворюють матрицю рандомізованих ефектів ZGZ, присутність якої різко ускладнює оцінку параметрів моделі. Ще однією відмінною рисою дизайну є ієрархічний характер моделі з багатьма гніздовими ефектами, які утворюють складну ієрархічну підпорядкованість ефектів (рівні моделі). Причому ряд рівнів рандомізованих змінних згруповані (гніздяться) у рівні фіксованих ефектів. Наявність фіксованих ефектів поряд з рандомізованими призводить до ієрархічної мікст-моделі із складною внутрішньою структурою. Ускладненням є також нелінійний (логіт) характер зв'язку між ризиком інвалідизації ( $p$ ) і лінійним предиктором (LP):  $p=1/(1+\exp(-LP))$ . Особливості

оцінщиків за різних дизайнів організації даних мікст-моделей викладено у працях [10;11]. Ми обрали метод оцінки рандомізованих ефектів RPL (метод псевдо-правдоподібності залишків) як найбільш ефективний за заданої ситуації. Нелінійний характер моделі та складну структуру залишків реалізовано в новій експериментальній процедурі GLIMMIX (реліз 2008) статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розподіл кількості нових випадків інвалідності внаслідок ІХС в розрізі когорт народження і років наведений в таблиці 1. Простежується гарна наповнюваність підгруп перехресної класифікації когорт народження і років. Розподіл частоти нових випадків інвалідності внаслідок ІХС загалом пропорційний до популяційного наповнення і пропорційний до рівнів інвалідизації населення України.

Таблиця 1. Розподіл кількості нових випадків інвалідності внаслідок ІХС в розрізі когорт народження і років

Когорта	Рік									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
-1940	243	181	98	21	.	.	.	.	.	.
1941	103	124	44	27	78	138	127	45	91	.
1946	66	96	87	82	56	47	75	39	.	59
1951	8	33	80	71	62	69	90	57	45	26
1956	1	4	36	39	40	55	59	59	67	48
1961	0	0	5	8	11	9	18	38	65	59
1966	0	0	2	4	4	2	4	18	35	37
1971	0	0	1	1	2	0	0	6	17	21
1976	0	0	0	0	1	0	0	0	4	11
1981	.	.	0	0	0	0	0	0	0	3
1986+	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0

$\Sigma=3262$

Ми виокремили складові сумісного розподілу факторів, провівши АРС-декомпозицію за контролю інших потенційних змішувачів, а саме статі, місця проживання, факторів індивідуальної специфіки районів, а також за контролю експериментальних одиниць спостережень, пов'язаних із змішувальними ефектами, зокрема ієрархічної послідовності ефектів стріп-плоту, хоул-плоту, спліт-плоту. Для кожного з розподілів ми проводили аналіз достовірності відхилень окремих рівнів інвалідизації від середнього за тестом Нельсона-Сю (Nelson-Hsu) [8], який робить поправку зокрема на корельованість тестів внаслідок спільного базису порівнянь  $m_0$ .

Про важливість аналізу розподілів динамічних популяційних явищ у рамках АРС-конструкції свідчить рис. 2, на якому зображена динаміка

інвалідизації внаслідок ІХС та інших серцево-судинних захворювань (ССЗ) протягом періоду спостереження. На перший погляд простежується практично стаціонарна динаміка рівнів інвалідизація. Проте робити висновки про стаціонарний характер процесу завчасно, оскільки паралельно у часі відбувається постаріння когорт та заміна їх молодшими. Саме аналітична декомпозиція за АРС-конструкцією уможливорює вивчення динаміки інвалідизації, очищеної від нашарувань зміни та постаріння когорт. Крім того, дизайн дослідження з незалежними експериментальними одиницями спостереження дозволяє також відокремити динамічні зміни соціальної структури та розвитку районів, місця проживання та статі. Саме тому вдається відокремити ізольований часовий тренд інвалідизації населення.

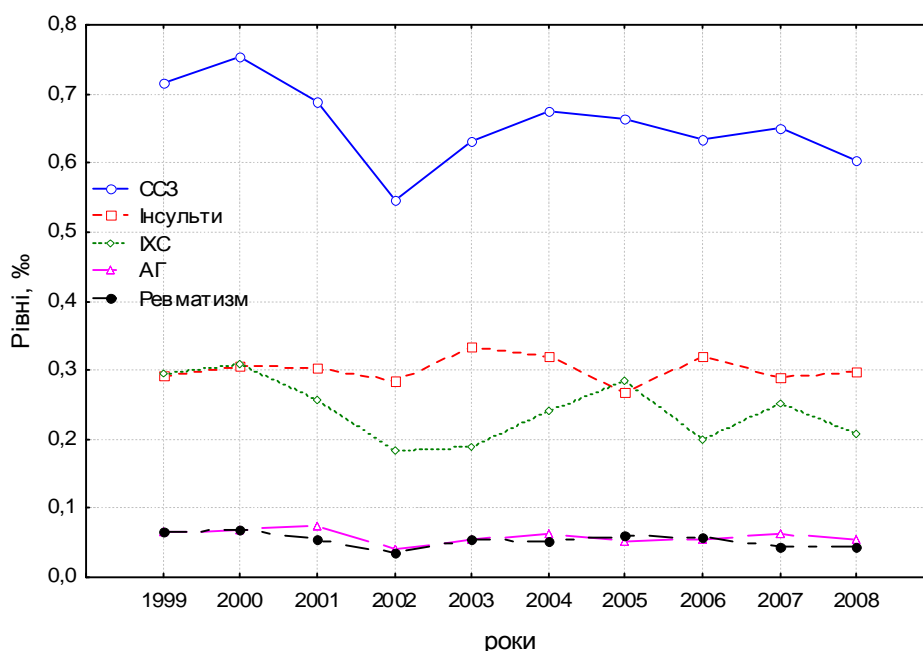


Рис. 2. Динаміка рівнів інвалідизації внаслідок ССЗ

Так, на рис. 3 зображено динаміку рівнів інвалідації ( $\pi$ ) внаслідок ІХС (1999–2008) і суттєвості відхилень рівнів від середнього (0,243‰). Порівняно з рис. 2 привертає увагу суттєве ( $F=10,35$ ;  $p<0,0001$ ) зменшення рівнів від 0,410‰ у 1999 р. до 0,178‰ у 2008 р. з середнім рівнем 0,243‰ із суттєвим зменшенням рівнів протягом 1999–2002 рр. і особливо від 2005 до 2008 року. У цілому тренди рівнів інвалідації ( $\pi$ ) внаслідок ССЗ, інсультів, артеріальної гіпертензії достовірно ( $F=2,05$ ;  $p=0,0306$ ) повторюють закономірності інвалідації внаслідок ІХС. Таке драматичне падіння аж ніяк не можна пояснити успіхами медицини, оскільки спостерігалось падіння кількості ЗОЗ, зокрема стаціонарної мережі. За вказаний період кількість лікарняних закладів загалом по країні зменшилась на 25,6%. Лідерами за темпами скорочення були Сумська, Чернігівська та Житомирська області – 48,8%, 54,3% та 57,4% відповідно [3]. Крім того, падіння показника майже вдвічі не можна пояснити суто складовими медичного обслуговування. Адже цей показник формується під впливом правових регулювань експертизи стійкої непрацездатності, соціальної політики пільг і пенсій з приводу інвалідності.

При вивченні маргінального розподілу рівнів інвалідації за віковими групами простежується виражена динаміка росту рівнів від мінімальних в молодших вікових групах до максимальних рівнів до 0,90‰ у віковій групі 51–55 років з наступним поступовим зниженням у старшому

віці. Всі повікові рівні інвалідації виходять за межі 95% інтервалу довіри із загальною оцінкою достовірності нерівномірності розподілу за віком  $F=83,8$ ;  $p<0,0001$ . Нами отриманий схожий повіковий розподіл рівнів інвалідації внаслідок інших ССЗ. З метою пояснення такої моделі вікового розподілу рівнів інвалідації нами проаналізовані такі фактори, як рівень освіти, профілактична активність населення, зайнятість, наявність супутніх захворювань, рівень доходів. Проте ці фактори не пояснили наявність пікових значень інвалідації у віковій групі 51–55 років. Найбільш вірогідно, що відповідь слід шукати в соціальному аспекті експертизи стійкої втрати працездатності. В результаті проведених нами досліджень є підстави вважати наявність прямого зв'язку між розміром прибутку громадян та інвалідацією, що підтверджує соціальну опосередкованість явища. По-перше, розмір прибутку пов'язаний із соціальною зрілістю громадян, про що також свідчить досягнення максимального прибутку у віці розквіту досвіду та творчого потенціалу. Саме ці фактори є маркерними щодо профілактичної активності населення, розуміння своїх соціальних прав, юридичної грамотності і соціальної активності громадян. По-друге, важливим тригерним фактором є швидкий вихід на пенсію, що змушує громадян шукати можливі шляхи забезпечення старості. По-третє, можливості для «успішного» висновку експертної комісії вищі, зокрема через більший вплив вищеозначених громадян на рішення комісії.

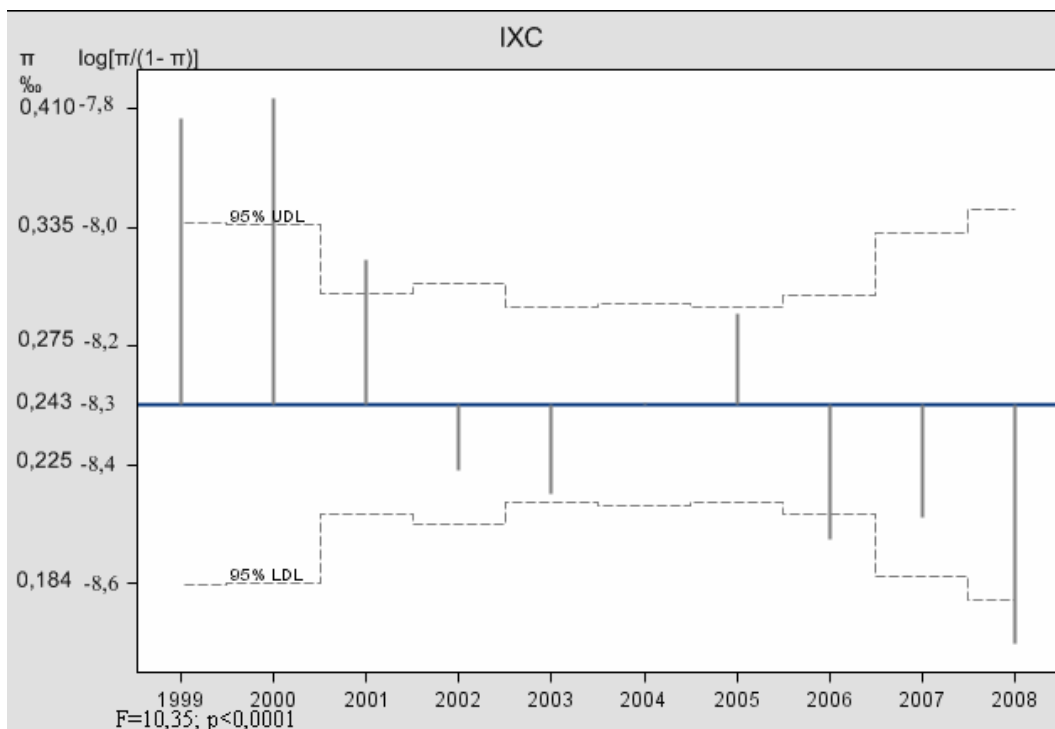


Рис. 3. Суттєвість відхилень рівнів інвалідності ( $\pi$ ) від середнього (0,243‰) за роками спостереження (1999-2008)

При вивченні маргінального розподілу рівнів інвалідизації в розрізі когорт народження простежується виразна динаміка росту рівнів інвалідизації від 0,09‰ у когорті народжених до 1941 року аж до 0,73‰ у когорті народжених після 1985 року. Слід підкреслити, що вплив розбіжностей когорт за віковою структурою та представництва (наповнення) когорт за роками дослідження нівельовано використанням АРС-конструкції. Рівні інвалідизації когорт стандартизовано також за статтю та місцем проживання. Результати з достовірністю  $p < 0,0001$  свідчать про те, що рівні інвалідизації, властиві когортам, невпинно збільшувались по мірі «помолодшання» когорт за часом народження. Про регресивні тенденції демографічної ситуації наступних поколінь, значне прискорення темпів інвалідизації та збільшення соціально детермінованої патології в наступних поколіннях йдеться в ряді історико-медичних досліджень [1;2;4;5;6]. Результати нашого популяційного дослідження підтримують факт суттєвості збільшення рівнів інвалідизації внаслідок інсультів в прийдешніх поколіннях. Такий висновок підтверджений аналогічними закономірнос-

тями росту ризику інвалідизації за когортами спостереженими для інших захворювань ССЗ – ІХС ( $F=8,1$ ;  $p=0,0002$ ), АГ ( $F=2,7$ ;  $p=0,0028$ ), ревматизму ( $F=2,2$ ;  $p=0,016$ ).

#### Висновки

1. «Стаціонарна» динаміка інвалідизації внаслідок ІХС є складною композицією ефекту когорт, періодів і зміни вікової структури когорт в часі. Виявлене драматичне падіння інвалідизації внаслідок ІХС пояснюється, насамперед, ускладненнями визнання факту інвалідизації та доступності експертизи.

2. Простежується виразна динаміка росту рівнів інвалідизації від 0,09‰ у когорті народжених до 1941 року аж до 0,73‰ у когорті народжених після 1985 року, зокрема вірогідно внаслідок падіння рівня здоров'я наступних поколінь.

3. Доведено наявність пікових значень інвалідизації у віковій групі 51–55 років, причому з регулярністю щодо інших груп ССЗ. Відповідь слід шукати в соціальному аспекті експертизи стійкої втрати працездатності.

#### Список літератури

1. Д'яченко Т. В. Стан вивчення проблеми підготовки фахівців-реабілітологів в освітньому просторі України / Т. В. Д'яченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/PPMB/texts/2007-10/07dtvesu.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/PPMB/texts/2007-10/07dtvesu.pdf). – Назва з екрану.
2. Казак С. С. Сучасні аспекти дитячої та підліткової кардіології / С. С. Казак // Укр. мед. часопис. – 2003. – №5(37) IX-X. – С. 41–44.
3. Носуліч Т. М. Формування ринку медичних послуг на регіональному рівні (організаційно-економічний аспект) : автореф. ... дис. канд. мед. наук / Т. М. Носуліч. – К., 2008. – 21 с.
4. Паламарчук М. М. Економічна і соціальна географія України з основами теорії: Посібник для викладачів економічних і географічних факультетів вузів, наукових працівників, аспірантів / М. М. Паламарчук, О. М. Паламарчук. – К. : Знання, 1998. – 416 с.
5. Пересадин Н. А. Реабілітологія / Н. А. Пересадин, Т. В. Д'яченко. – Луганск : Знання, 2004. – 480 с.
6. Ціборовський О. М. Демографічні зміни та динаміка стану здоров'я населення в незалежній Україні (історико-медичне дослідження) / О. М. Ціборовський [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/ndr\\_tsiborovsky\\_2009.doc](http://www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/ndr_tsiborovsky_2009.doc). – Назва з екрану.
7. Fu W. J. Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics – Theory and Method. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–278.
8. Hsu J. C. Multiple Comparisons. Theory and Methods / J. C. Hsu. – London : Chapman & Hall, 1996. – 211 p.
9. Labour migration and the recent financial crisis in Asia: (OECD Conference Proceedings) (2000).
10. SAS® for Mixed Models / Littell Ramon C., George A. Milliken, Walter W. Stroup [et al.]. – Second Edition. – Cary, NC: SAS Institute Inc., 2006. – 834 p.
11. The GLIMMIX Procedure, June 2006. SAS Press. – Cary, NC: SAS Institute Inc. – 258 p.
12. Yang Yang Age-period-cohort analysis of repeated cross-section surveys: fixed or random effects? / Yang Yang, Kenneth C. Land // Sociological Methods and Research. – 2006. – Vol. 35. – P. 77–121.

#### ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ИБС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРС-ДЕКОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ИСТОРИЧЕСКИХ КОГОРТ

В.П. Клименюк (Винница)

Изучены исторический и социальный аспекты формирования инвалидизации вследствие ИБС населения Житомирской области сплошным методом на основе последовательных когорт родившихся, начиная с 1940 года, на основе дизайна стрип-сплит-плот. Произведена АРС-декомпозиция уровней инвалидизации в ходе смены и созревания исторических когорт во времени. Анализ данных произведен на основе иерархической нелинейной микст-модели. Результаты свидетельствуют о тенденции увеличения риска

инвалидизации в современных когортах наряду с уменьшением доступности экспертизы и возможности получить группу инвалидности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **инвалидизация, APC-декомпозиция, ИБС.**

**STUDY ON DYNAMICS OF ACQUIRING CHD RELATED DISABILITY BY EXPLOITING APC-DECOMPOSITION TECHNIQUE ON THE BASIS OF HISTORICAL COHORTS**

*V.P. Klimenyk (Vinnitsa)*

Dynamics of CHD related disability rates have been investigated in Zhitomirska oblast population over 1940 by strip-split-plot design and APC decomposition. Data analysis exploited hierarchical nonlinear mixed model. Results bare witness to increase in risk of acquiring disability while accessibility of expertise and opportunity of disability recognition by expert commission are increasingly hampered.

KEY WORDS: **disability, APC decomposition, CHD.**

*Рецензент: д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий*



УДК 616.314-002+613.95+574.2

М.А. ЛУЧИНСЬКИЙ, В.Б. ПЕТРУНІВ, В.М. ЛУЧИНСЬКИЙ, Ю.І. ЛУЧИНСЬКА  
(Тернопіль, Івано-Франківськ)

## ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЗОНІ ВПЛИВУ НЕГАТИВНИХ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Івано-Франківський національний медичний університет

В статті наведені результати проведеного обстеження 199 дітей 15-річного віку, які проживають в регіонах із різними екологічними навантаженнями. Доведено, що у дітей з карієсом зубів з екологічно несприятливих регіонів показники клітинного і гуморального імунітету значно нижчі, ніж у обстежених з умовно "чистого" регіону й у школярів, які не мають карієсу зубів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** діти, карієс зубів, екологія, реактивність.

Вплив комплексу несприятливих чинників довкілля зумовив погіршення здоров'я дитячого населення [1; 2; 4; 5], у зв'язку з чим особливої актуальності набуває проведення заходів, спрямованих на його відновлення. В екологічно забрудненому районі зареєстровано тенденцію до зменшення кількості дітей з гармонійним, до збільшення з дисгармонійним та різко дисгармонійним фізичним розвитком за рахунок дітей з довжиною тіла нижче середньої та низьким зростом. Встановлений високий відсоток дітей з відхиленням рівнів імуноглобулінів від норми, що є показником зміни колективного імунітету в даному регіоні та свідчить про порушення адаптаційних можливостей дітей, зрушення імунофізіологічних процесів у бік імунопатологічних, а також є індикатором впливу несприятливих імунотропних факторів на дитячий організм [1; 3; 6; 7].

**Мета роботи** – вивчити особливості клітинного і гуморального імунітету у дітей, хворих на карієс зубів, у регіонах з різним екологічним навантаженням.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження були 50 дітей – мешканців радіаційно забрудненого Снятинського, 50 дітей з хімічно забрудненого Калуського та 50 дітей з умовно "чистого" Городенківського районів 15-річного віку, без соматичної патології, хворих на карієс зубів. Середньостатистична норма була обрахована у 49 здорових осіб, у яких інтенсивність ураження зубних рядів карієсом дорівнювала 0.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження свідчать (табл. 1), що у обстежених дітей спостерігається виразний Т-імунодефіцитний стан організму при стоматологічній патології. Так, при нормативному значенні

показника процентного вмісту Т-лімфоцитів  $70,10 \pm 1,93\%$  їх вміст у дітей обстежених регіонів складає  $45,80 \pm 2,18\%$  по Снятинському району,  $47,3 \pm 2,18\%$  по Калуському та  $61,00 \pm 2,07\%$  Городенківському районах ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що Т-імунодефіцитний стан організму, у дітей з карієсом, перш за все проявляється зниженням Т-хелперної активності та у меншому ступені Т-супресорної активності. Так, при нормальному значенні числа Т-хелперів –  $48,4 \pm 1,59\%$ , їх вміст у дітей з карієсом становив по районах відповідно  $27,20 \pm 1,34\%$ ,  $28,80 \pm 1,28\%$  та  $39,90 \pm 1,28\%$ , що підкреслює достовірне зниження кількості Т-лімфоцитів з хелперною активністю при даній патології порожнини рота ( $p < 0,05$ ). Вміст кількості Т-супресорів мав виражену тенденцію до зниження, відповідно по районах:  $16,70 \pm 0,96\%$ ,  $17,90 \pm 0,98\%$  та  $20,10 \pm 0,88\%$ , що було достовірно нижче з нормативним значенням цього показника ( $p < 0,05$ ). Імунорегуляторний індекс (співвідношення  $T_x/T_c$ ) був також достовірно знижений у дітей з карієсом порівняно із середньостатистичними даними ( $2,44 \pm 0,09\%$ ) та відповідав: у Снятинському –  $1,64 \pm 0,08\%$ , Калуському –  $1,62 \pm 0,07\%$  та  $1,95 \pm 0,06\%$  – Городенківському районах ( $p < 0,05$ ), що свідчить про пригнічення клітинного імунітету у дітей з карієсом.

Кількість натуральних кілерів (НК-клітини  $CD_{16}$ ) у досліджених дітей було більше нормативного значення ( $16,1 \pm 1,61\%$ ) та складало відповідно  $22,5 \pm 1,18\%$ ,  $21,9 \pm 1,15\%$  і  $17,4 \pm 1,14\%$ ,  $p < 0,05$ , по районам.

Аналіз стану В-системи дозволив встановити, що кількість В-лімфоцитів була підвищена у всіх дітей порівняно із середньостатистичною нормою ( $24,3 \pm 1,31\%$ ) та складало у дітей Снятинського району –  $32,4 \pm 1,26\%$ , Калуського –  $31,5 \pm 1,23\%$  та Городенківського  $26,5 \pm 1,23\%$ ,  $p < 0,05$ .

© М.А. Лучинський, В.Б. Петрунів, В.М. Лучинський,  
Ю.І. Лучинська, 2012

Таблиця 1. Показники клітинного імунітету у дітей обстежених груп з карієсом

Показники	Снятинський р-н (n=50)	Калуський р-н (n=50)	Городенківський р-н (n=50)	Середньо- статистична норма (n=49)
T-загальний (CD <sub>3</sub> ), %	45,8±2,13*	47,3±2,18*	61,0±2,07*	70,1±1,93
T-хелпери (CD <sub>4</sub> ), %	27,2±1,34*	28,8±1,28*	39,9*±1,28*	48,4±1,59
T-супресори (CD <sub>8</sub> )	16,7±0,96*	17,9±0,88*	20,1±0,88*	21,8±1,23
Натуральні кілери (CD <sub>16</sub> ), %	22,5±1,18*	21,9±1,15*	17,4±1,14*	16,1±1,61
B-лімфоцити, %	32,4±1,26*	31,5±1,23*	26,5±1,23*	24,3±1,31
T <sub>x</sub> /T <sub>c</sub> -імунорегуляторний індекс	1,64±0,08*	1,62±0,07*	1,95±0,06*	2,44±0,09
Ауто – РОК, %	4,0±0,29*	4,2±0,23*	5,1±0,18*	5,5±0,26
МСТ-тест, від.од.	5,01±0,23*	5,4±0,23*	6,9±0,20*	7,9±0,24
Відносний вміст фагоцитарних клітин	35,8±2,4*	38,6±2,6*	53,7±2,1*	61,4±2,7
Фагоцитарне число абс. од.	3,8±0,28*	4,0±0,32*	5,1±0,25*	6,1±0,42

\*p< 0,05 – відносні достовірні у порівнянні з середньостатистичною нормою

Динаміка показника ауто-РОК, що свідчить про активність B-лімфоцитів, у обстежених дітей мала тенденцію до зниження: 4,0±0,29%; 4,2±0,23% та 5,1±0,18% порівняно з нормативними (5,5±0,26%; p<0,05). Оцінювання зміни показника НСТ-тесту у обстежених дітей констатувало достовірне зниження можливостей імунотоплементних та фагоцитуючих клітин (p<0,05). Зниження показника фагоцитуючих клітин та фагоцитарного числа свідчило про виснаження функціональних можливостей клітин мононуклеарної фагоцитуючої системи за впливу ксенобіотиків довкілля (p<0,05).

Слід зазначати, що всі наведені показники були нижчими у дітей з карієсом Снятинського

району, які знаходяться під комбінованим впливом негативних чинників екозони (радіаційний фон + хімічне забруднення). Імунологічні дані дітей Калуського району, хоча і були кращими, щодо даних Снятинського району, однак не наближались до нормативних значень. Отже, у дітей обстежених груп спостерігали дисбаланс клітинного імунітету, якій у забруднених регіонах характеризувався як дефіцитний. У осіб Городенківського умовно «чистого» району, хворих на карієс, імунологічні показники були вищими стосовно попередніх груп, однак не досягали норми.

В таблиці 2 представлені показники загального та місцевого імунітету у дітей обстежених груп, хворих на карієс.

Таблиця 2. Показники гуморального імунітету у дітей обстежених груп з карієсом зубів

Показники гуморального імунітету	Снятинський р-н	Калуський р-н	Городенківський р-н	Середньо- статистична норма
Вміст лізоциту у слині од.	12,30 ±1,30	13,20±1,22	17,8±1,26	19,45±1,22
Вміст IgA у плазмі крові, г/л	1,11±0,19	1,20±0,18	1,87±0,17	2,26±0,24
Вміст SIgA у слині, ч/л	0,96±0,07	1,05±0,07	1,31±0,06	1,49±0,08
Вміст Ig I, у плазмі крові г/л	8,90±0,40	9,10±0,35	11,7±0,35	12,70±0,90
Вміст IgM у плазмі крові, г/л	0,60±0,05	0,62±0,05	0,84±0,04	0,97±0,07
Вміст М-ЦІК у плазмі крові, од.	126,00±4,90	110,00±4,60	94,7±4,50	58,0±0,45
Вміст М-ЦІК у слині од.	15,0±0,65	14,2±0,74	9,10±0,57	5,80±0,45
Вміст комплемента у сироватці крові, од. опт. щіл.	0,57±0,06	0,62±0,05	0,81±0,05	0,90±0,08

\* p<0,05 – достовірні відмінності у порівнянні з середньостатистичною нормою.

Вміст лізоцима у ротовій рідині у обстежених дітей був достовірно занижений у порівнянні з нормативними значеннями (19,45±1,22 од.) у всіх групах спостереження (p<0,05); у дітей Снятинського р-ну до 12,30±1,30 од; Калуського – 13,20±1,22 од. та Городенківського – 17,80±1,26, Кількість секреторного IgA у ротовій рідині була достовірно нижчою (p<0,05) у дітей I групи (0,96±0,07 г/л), як стосовно

обстежених груп (1,05±0,07 г/л та 1,31±0,06 г/л), так і середньостатистичних показників (1,49±0,08 ч/л). Аналіз вмісту IgA у плазмі крові у обстежених дітей з карієсом дозволив відзначити суттєве зниження у порівнянні з нормативними значенням цього показника (2,26±0,24 г/л) та становив відповідно 1,11±0,19 г/л 1,20±0,18 г/л та 1,87±0,17 г/л (p< 0,05), по районам.

Вивчаючи вихідний вміст IgG та IgM класів у плазмі крові дітей, констатували зниження цих показників у порівнянні з їх нормативними значеннями ( $12,70 \pm 0,90$  г/л та  $0,97 \pm 0,07$  г/л) у всіх групах обстежених, які склали, відповідно, у дітей I групи  $8,90 \pm 0,40$  г/л та  $0,60 \pm 0,05$ ; II група –  $9,1 \pm 0,35$  г/л та  $0,62 \pm 0,05$  г/л, III група  $11,70 \pm 0,35$  та  $0,84 \pm 0,04$ .

Таким чином, В-система імунітету і зв'язані з нею гуморальні фактори в групах дітей з карієсом знаходяться в стані дисбалансу, який виявляє, що на тлі підвищеної кількості В-лімфоцитів спостерігається зниження імуноглобулінів А, G, M. Такий стан пояснюється, вочевидь, зниженням функціональної активності В-лімфоцитів порівняно із загальноприйнятною нормою.

Вихідна кількість М-ЦІК у сироватці крові та у ротовій рідині у дітей з карієсом було достовірно підвищена при карієсі у всіх групах спосте-

реження у порівнянні із середньостатистичною нормою, що засвідчує пошкодження мікроциркуляторного русла, зокрема ротової порожнини, та зниження активності фагоцитуючих клітин, які беруть участь у епітелізації патогенних імунних комплексів.

Звертає на себе увагу чітка залежність між концентрацією ЦІК у сироватці крові й у слині, що свідчить про те, що ЦІК слини мають сироваткове походження і потрапляють у слину шляхом дифузії через слинні залози.

При аналізі вихідного значення вмісту комплекменту у сироватці крові обстежених дітей було встановлено, що абсолютний показник цього значення достовірно нижче у дітей з карієсом у порівнянні з вмістом цього неспецифічного фактора імунологічного захисту у практично здорових дітей (рис.).

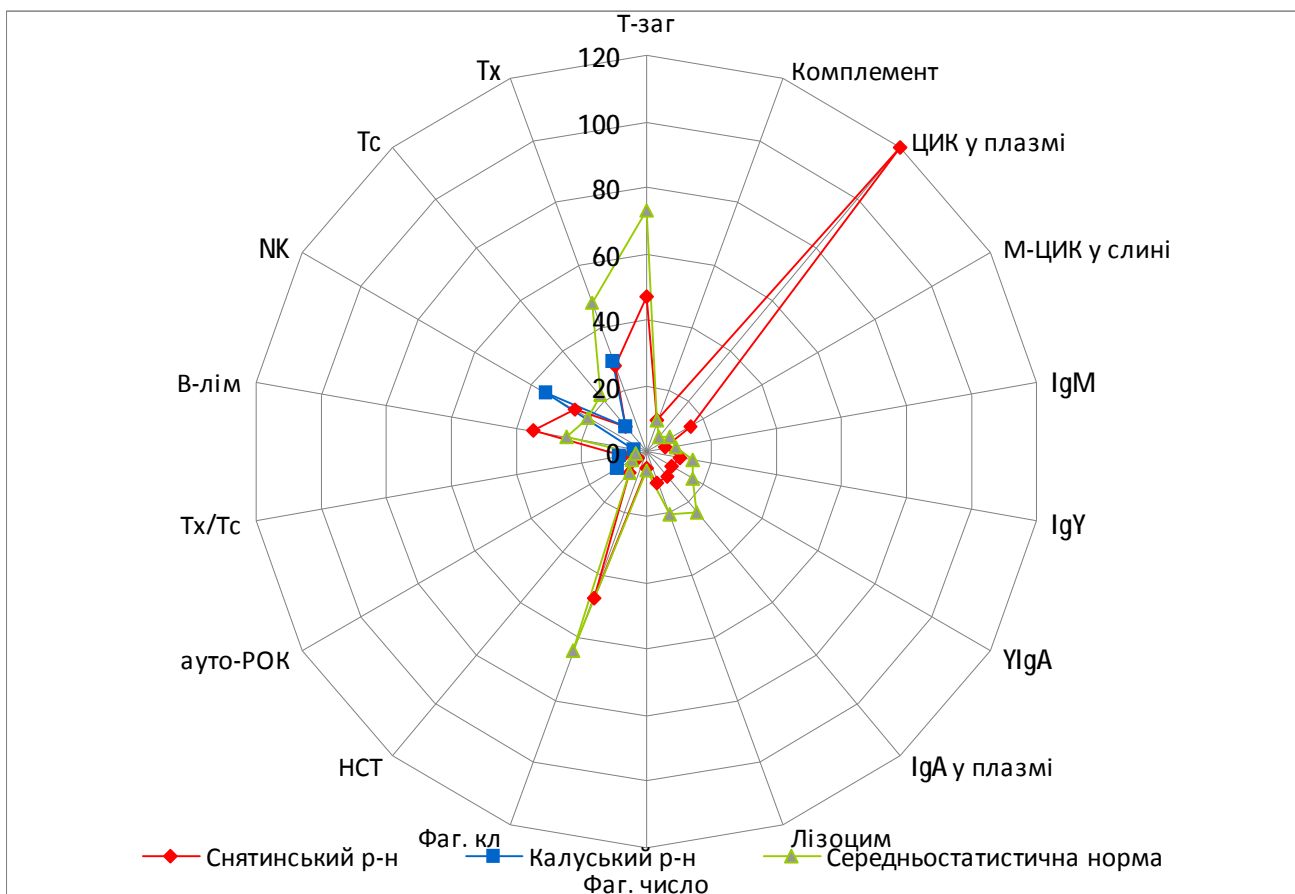


Рис. Показники резистентності організму у групах дослідження

### Висновки

Таким чином, аналізуючи дані вивчення загального і місцевого імунітету у групах обстежених, слід зазначити, що при карієсі спостерігається пригнічення імунітету, який впливає на складні процеси мінералізації емалі. Поглиблене вивчення ролі імунної ланки в процесах життєзабезпечення твердих тканин зубів, починаючи з їх формування, сприяють коректному

втручанням на різних етапах захворювання з метою лікування та попередження демінералізації.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у подальшому вивченні впливу факторів довкілля на організм підростаючого покоління, що дозволить з більшою ефективністю проводити профілактичні заходи у дітей, які проживають в екологічно несприятливих регіонах.

### Список літератури

1. Антипкін Ю. Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників / Ю. Г. Антипкін // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 16–23.
2. Атаніязова Р. А. Влияние загрязнения атмосферного воздуха на состояние здоровья детей дошкольного возраста / Р. А. Атаніязова // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 87–89.
3. Безвушко Е. В. Стоматологічний рівень здоров'я у дітей, які проживають у різній за екологічною ситуацією місцевості / Е. В. Безвушко, Т. Г. Гутор // Новини стоматології. – 2005. – № 3. – С. 42–48.
4. Добровольский Л. А. Теоретические и методологические аспекты связи между загрязнением воздуха и социально-экономическими факторами в контексте здоровья населения / Л. А. Добровольский, И. Г. Белнисова // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 25–29.
5. Зербіно Д. Д. Екологічні хвороби: постановка проблеми / Д. Д. Зербіно // Мистецтво лікування. – 2009. – № 1. – С. 65–68.
6. Климчук М. А. Стан навколишнього середовища та його вплив на здоров'я населення Львівської області / М. А. Климчук // Довкілля та здоров'я. – 2005. – № 3. – С. 43–45.
7. Співпраця педіатра і дитячого стоматолога як основа ефективної профілактики раннього карієсу молочних зубів у дітей. / Н. І. Смоляр, Г. М. Солонько, І. С. Дубецька, Е. В. Безвушко // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 118.

### ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

М.А. Лучинский, В.Б. Петрунив, В.М. Лучинский, Ю.И. Лучинская (Тернополь, Ивано-Франковск)

В статье приведены результаты обследования 199 детей 15-летнего возраста, проживающих в регионах с различной экологической нагрузкой. Доказано, что у детей с кариесом зубов из экологически неблагоприятных регионов показатели клеточного и гуморального иммунитета значительно ниже, чем у обследованных из условно "чистого" региона, и у школьников, не имеющих кариеса зубов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, кариес зубов, экология, реактивность.

### IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN CHILDREN WITH DENTAL CARIES FROM THE REGIONS AFFECTED BY THE HARMFUL ENVIRONMENTAL FACTORS

М.А. Luchynskyy, V.B. Petruniv, V.M. Luchynskyy, Yu.I. Luchynska (Ternopil, Ivano-Frankivsk)

The article demonstrates a survey of 199 15 years old children from the regions with different environmental impact. It has been established that in children with caries that live in ecologically compromised regions the indices of cellular and humoral immunity are much lower than in the patients from the environmentally clean regions and in the scholars who are not affected by dental caries.

KEY WORDS: children, dental caries, ecology, reactivity.

Рецензент: проф. Я.П. Нагірний

УДК:616.314.17-053.66

Б.О. ПАЛАСЮК (Тернопіль)

## СТАН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ТА СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РІЗНИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Проаналізовано стан пародонта у дітей середнього та старшого шкільного віку з різним рівнем тривожності. Виявлено, що психоемоційний стан дитини впливає на стан м'яких тканин пародонта. У дітей з високою тривожністю, особливо у віці 14–7 р., достовірно частіше відмічався середній ступінь хронічного катарального гінгівіту та РМА індексу, порівняно з учнями із низькою тривожністю. Рівень тривожності достовірно не впливав на стан гігієни порожнини рота у дітей обох вікових груп.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** пародонт, тривожність, діти, хронічний катаральний гінгівіт.

Важливим фактором виникнення психосоматичної патології є високий рівень тривожності. Тривожність – це стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність індивідуума до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати більшість ситуацій як загрозові [3]. В даний час навчання в школі розглядається як хронічний ментальний стрес (один з видів психоемоційного стресу), який розвивається у дітей з відповідним типом реагування нервової системи, зокрема з підвищеною тривожністю [4]. Психоемоційний стрес є одним із факторів ризику розвитку найпоширеніших неінфекційних захворювань [6]. Зокрема, припускають, що саме стресовий фактор чинить найбільший вплив на адаптаційні механізми в тканинах пародонта. Все більше досліджень вказують на те, що роль місцевих факторів у розвитку різних форм патології пародонта, зокрема зубної бляшки, є вторинною і може реалізуватися через загальні фактори. При цьому висувається припущення, що роль стресового фактора в цьому процесі є значно вищою, ніж гігієнічний статус ротової порожнини та захворювання органів травлення [2]. Ряд дослідників роль стресових чинників у деструкції та дисфункції пародонта пов'язують, головним чином, з порушеннями нейрогенної та нейрогуморальної регуляції організму [5]. Такі висновки ґрунтуються на тому, що тканини пародонта вирізняються багатомасштабною васкуляризацією, іннервацією та високим рівнем трофічних процесів [1]. На забезпечення вищезазначених процесів спрямовані регуляторні механізми, що контролюють крово- та киснепостачання пародонта, мають високу функціональну рухливість і пристосовуються до екзо- та ендогенних впливів [5]. В умовах стрес-синдрому, який мобілізує складні нейрогуморальні механізми, тканини пародонта дуже

мобільно втягуються в структуру системних реакцій організму. Проте вплив психоемоційного стресу, а саме рівня тривожності у дітей середнього та старшого шкільного віку, вивчений недостатньо.

**Метою** даного дослідження стало вивчення впливу рівня тривожності дітей середнього та старшого шкільного віку на стан їхнього пародонта.

**Матеріали і методи.** Нами було проведено комплексне обстеження 121 дитини: 64 (52,9 %) – діти середнього шкільного віку (11–12 р.) та 57 (47,1 %) – діти старшого шкільного віку (14–17 р.). Серед обстежуваних школярів дівчаток було 62 (51,2 %), з них віком 11–12 р. – 34 (28,1 %) та 14–17 р. – 28 (23,0 %). Хлопчиків було 59 (48,8 %), з них 30 (24,8 %) віком 11–12 р. та 29 (24,0 %) – 14–17 р.

Стоматологічний статус оцінювали за рівнем гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної (ІФВ) (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина, 1971). Для оцінки запального процесу ясен визначали папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс за методикою Masser в модифікації Parma (1960 р.) та гінгівальний індекс (ГІ) (Лое і Сільнес, 1967). Індекс РМА оцінювали за наступними критеріями: до 20 % – легкий ступінь гінгівіту; 25–50 % – середній; вище 51 % – тяжкий ступінь. ГІ визначали у балах відповідно до таких критеріїв: 0,1–1 бал – легкий гінгівіт; 1,1–2 – гінгівіт середньої тяжкості; 2,1–3 – тяжкий гінгівіт. Для вивчення рівня характеру тривожності, пов'язаної зі школою, використовували шкалу шкільної тривожності Філіпса.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При оцінці неврологічного статусу хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) виявлено у 52 (87,5 %) дітей віком 11–12 р. ХКГ легкого ступеня діагностовано у 48 (70,5 %) обстежуваних, середнього ступеня – у 4 (6,3 %) дітей. У віці 14–17 р. ХКГ виявлено у всіх дітей. У 39 (68,4 %) випадках це був гінгівіт легкого та у 18 (31,6 %) ви-

падках – середнього ступеня. У дітей середнього шкільного віку індекс РМА легкого ступеня відмічався у 54 (84,4%), а середнього ступеня значно рідше – у 10 (15,6%) дітей. У дітей старшого шкільного віку, як і в дітей віком 11–12 р., переважав РМА легкого ступеня – у 45 (78,9%) випадках. РМА середнього ступеня відмічався у 12 (21,1%) дітей. При вивченні гігієнічного статусу у 28 (43,8%) дітей 11–12 р. виявлено добрі та задовільні показники гігієни. У 36 (56,2%) школярів цього віку стан гігієни порожнини рота був незадовільним та поганим. У 48 (84,2%) дітей 14–17 р. відмічався добрий та задовільний, у 9 (15,8%) – поганий та дуже поганий стан гігієни ротової порожнини.

Отже, незважаючи на кращий стан гігієни порожнини рота, частота і ступінь ураження м'яких тканин пародонта зростає у дітей старшого шкільного віку, порівняно з дітьми 11–12 р. Це підтверджує дані деяких авторів, що місцеві

фактори не завжди відіграють вирішальну роль у розвитку змін пародонта.

Ми разом зі шкільним психологом провели психологічне тестування дітей для виявлення рівня тривожності.

За результатами цього дослідження встановлено, що показники психоемоційного напруження, відповідно до шкали шкільної тривожності Філіпса, були нижчими у дітей 11–12 р. (табл. 1). У 40 (62,5%) дітей тривожність була низькою, у 19 (29,7%) та 4 (6,2%) – підвищеною та високою відповідно. В 1 (1,6%) дитини тривожність була відсутня. У дітей старшого шкільного віку достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше, ніж у дітей 11–12 р., діагностовано високий рівень тривожності – 26 (45,6%) випадків. Низька тривожність відмічалася у 10 (17,5%) з цих дітей, підвищена – у 21 (36,8%) обстежуваного. Тобто у дітей 14–17 р. одночасно зі зростанням частоти і ступеня ХКГ, відмічається підвищення рівня тривожності.

Таблиця 1. Рівень тривожності у дітей середнього та старшого шкільного віку, %

Рівень тривожності	Вік, роки			
	11–12		14–17	
	абс.	%	абс.	%
Низький	40	62,5	10	17,5*
Підвищений	19	29,7	21	36,6
Високий	4	6,2	26	45,6*

Примітка: \* – показники достовірні відносно дітей 11–12 р. ( $p < 0,05$ ).

Враховуючи отримані результати, ми провели аналіз рівня тривожності у дітей середнього та старшого шкільного віку з різним ступенем ХКГ, РМА та станом гігієни порожнини рота.

Було виявлено, що у дітей 11–12 р. при відсутності ХКГ у 10 (83,7%) випадках відмічається низький рівень тривожності, у 2 (16,7%) – підвищений (табл. 2). Висока тривожність у дітей без явищ гінгівіту не спостерігалася.

У 30 (62,5%) дітей з легким ступенем ХКГ відмічався низький рівень тривожності, ще у 18 (37,5%) – підвищений. У всіх 4 дітей з ХКГ середнього ступеня виявлено високий рівень тривожності.

Таким чином, виявлено пряий кореляційний зв'язок ( $r=0,87$ ) між рівнем тривожності та ступенем ХКГ в учнів 11–12 р. Низький рівень тривож-

ності у 33,3% випадках спостерігався у дітей з відсутністю гінгівіту, та у 66,7% – при легкому ступені ХКГ. При підвищеній тривожності у дітей у 2,2 раза частіше виявляється гінгівіт, ніж його відсутність. При високій тривожності у 100% випадків спостерігався ХКГ середнього ступеня.

При проведенні аналізу рівня тривожності у дітей старшого шкільного віку з різним ступенем ХКГ відмічено, що при легкому ступені ХКГ у 10 (25,7%) учнів виявлялася низька тривожність, у 21 (53,8%) дітей – підвищена і ще у 8 (20,5%) дітей – висока тривожність. У всіх дітей з гінгівітом середнього ступеня ми спостерігали високий рівень тривожності.

Отже, низька та підвищена тривожність у дітей 14–17 р. завжди асоціюється з легкими проявами

Таблиця 2. Рівень тривожності дітей середнього та старшого шкільного віку із різним ступенем ХКГ

Рівень тривожності	Ступінь ХКГ				
	відсутній	легкий		середній	
		1	1	2	1
Низький	83,3	62,5	25,7	-	
Підвищений	16,7	37,5	53,8	-	
Високий	-	-	20,5	100	100

Примітка: Тут і надалі 1, 2 – показники дітей середнього та старшого шкільного віку.

гінгівіту. При високій тривожності у 30,8% виявляється легкий ступінь ХКГ, і достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше ХКГ середнього ступеня (у 69,2% дітей).

Таким чином, виявлена нами закономірність щодо прогресування змін у м'яких тканинах пародонта у дітей 11–12 р. при зростанні тривожності спостерігається і в учнів старшого шкільного віку. Тобто у тривожних дітей достовірно частіше діагностується ХКГ помірного ступеня. Це свідчить про вплив психоемоційного стану дитини на розвиток і прогресування змін пародонта у дитячому віці.

Таблиця 3 демонструє зміни РМА залежно від рівня тривожності у дітей різного віку. Виявлено, що при легких запальних змінах ясен у дітей 11–12 р. достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) спостерігався низький рівень тривожності – у 40 (74,1%) випадках. У 13 (24,1%) дітей діагностовано підвищений рівень тривожності та у 1 (1,8%) дитини – високий. При помірних запальних змінах у 7 (70,0%) учнів рівень тривожності був підвищений, у 3 (30,0%) – високий.

Таким чином, при низькій тривожності у хворих відмічається лише легкий ступінь РМА. При підвищеній тривожності частіше відмічалися легкі запальні зміни, ніж помірні (у 65,0% випадків проти 35,0%). У дітей з високою тривожністю достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) відмічався середній ступінь РМА – у 75,0% обстежуваних, легкий ступінь – у 25,0%. Тобто, в 11–12 років відмічається залежність між рівнем тривожності дитини та ступенем вираженості індексу РМА. При наростанні рівня тривожності поглиблюються запальні зміни в яснах.

При аналізі показників індексу РМА у дітей старшого шкільного віку відмічено: при легких запальних змінах в яснах у 10 (22,2%) дітей виявляється низька тривожність, у 21 (46,7%) – підвищений та ще у 14 (31,1%) – високий рівень тривожності. При помірному ступені індексу РМА у всіх 12 школярів спостерігалася висока тривожність. Таким чином, низькі і підвищені показники тривожності у дітей 14–17 р. асоціюються з легкими запальними змінами, а високі: з однаковою частотою, з легким та помірним ступенями індексу РМА.

Таблиця 3. Показники РМА залежно від рівня тривожності у дітей середнього та старшого шкільного віку

Рівень тривожності	Ступінь РМА			
	легкий		помірний	
	1	2	1	2
Низький	74,1	22,2*	-	-
Підвищений	24,1	46,7*	70,0	
Високий	1,8	31,1*	30,0	100*

Примітка: \* – показники достовірні відносно дітей 11–12 р.

У таблиці 4 відображені показники гігієнічного статусу порожнини рота дітей середнього та старшого шкільного віку залежно від рівня тривожності. Відмічено, що у дітей 11–12 р. з добрим гігієнічним станом ротової порожнини достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше відмічався низький рівень тривожності (62,5%), ніж підвищений та високий (25,0% і 12,5% відповідно). Так само низька тривожність достовірно переважала при задовільному та незадовільному стані гігієни. За умови поганого гігієнічного стану у 7 (50,0%) дітей ви-

являли низький, у 6 (42,9%) – підвищений та у 1 (7,1%) дитини – високий рівень тривожності.

Отже, не виявлено залежності між рівнем тривожності дітей та станом гігієнічного догляду за порожниною рота.

У дітей 14–17 р. при задовільному та поганому гігієнічному догляді за порожниною рота переважала висока тривожність. Так, висока тривожність відмічена у 9 (36,0%) дітей з добрим, у 12 (52,2%) – з поганим, у 3 (42,8%) – та в 1 (50,0%) – дуже поганим гігієнічним станом. Підвищений рівень

Таблиця 4. Гігієнічний стан порожнини рота залежно від рівня тривожності у дітей середнього та старшого шкільного віку

Стан гігієни порожнини рота	Рівень тривожності					
	низький		підвищений		високий	
	1	2	1	2	1	2
Добрий	62,5	20,0*	25,0	44,0	12,5	36,0
Задовільний	65,0	13,0*	35,0	34,8	-	52,2
Незадовільний	59,1	-	34,9	-	9,0	
Поганий	50,0	28,6*	42,9	28,6	7,1	42,8
Дуже поганий	-	-	-	50,0	-	50,0

тривожності частіше, ніж інші, відмічений у 11 (44,0%) школярів з добрим станом гігієни порожнини рота. Також вона спостерігалася у 8 (34,8%) дітей із задовільним, у 2 (28,6%) дітей з поганим та в 1 (50,0%) дитини з дуже поганим гігієнічним доглядом за порожниною рота. Низький рівень тривожності відмічено у 5 (20,0%) учнів з доброю, у 3 (13,0%) – із задовільною та у 2 (28,6%) дітей з поганою гігієною. Так само, як і в дітей середнього шкільного віку, у школярів 14–17 р. нами не виявлено різниці між рівнем тривожності дитини та станом гігієни її ротової порожнини.

#### Висновки

1. Психоемоційний стан дитини, який проявляється змінами тривожності, впливає на стан м'яких тканин пародонта у дітей середнього та старшого шкільного віку.

2. Середній ступінь ХКГ та індексу РМА достовірно частіше відмічається у дітей з високою тривожністю, особливо у підлітків 14–17 р., порівняно з учнями з низькою тривожністю.

3. Рівень тривожності не впливає на стан гігієни порожнини рота у дітей обох вікових груп.

4. Виявлені нами закономірності повинні обов'язково враховувати практичні стоматологи під час проведення профілактичних та лікувальних заходів у дітей середнього та старшого шкільного віку.

#### Перспективи подальшого дослідження.

Будуть проаналізовані патогенетичні механізми впливу підвищеної та високої тривожності на пародонт у дітей середнього та старшого шкільного віку.

#### Список літератури

1. Бобирев В. М. Експериментальні та клінічні основи застосування антиоксидантів як засобів лікування та профілактики пародонтиту / В. М. Бобирев, Т. П. Скрипникова // ДентАрт. – 1995. – № 1. – С. 18–22.
2. Грудянов А. И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование / А. И. Грудянов // Стоматология. – 1995. – № 3. – С. 21–24.
3. Дуткевич Т. В. Загальна психологія: (Конспект лекцій) : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.] / Т. В. Дуткевич; Кам'янець-Подільський держ. педагогічний ун-т. Кафедра психології. – Кам'янець-Подільський, 2002. – 96 с.
4. Семенов К. А. Профилактика кариеса зубов у детей с разными психоэмоциональными типами : дис. на здобуття наукового ступеня к.м.н. / К. А. Семенов – Симферополь, 2006. – 131 с.
5. Тарасенко Л. М. Закономерности повреждения тканей пародонта при стрессорных воздействиях / Л. М. Тарасенко, Т. А. Петрушанко // Вестник научных Исследований. – 1997.
6. Цубер В. Ю. Стрес-індукована зміна вмісту кортизолу в ротовій рідині молодих людей як показник дезадаптації організму залежно від статі / В. Ю. Цубер, Ю. Ш. Кадамов // Буковинськ. мед. віс. – 2012. – Т. 16, № 2 (62).

#### СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Б. О. Паласюк (Тернопіль)

Проанализировано состояние пародонта у детей среднего и старшего школьного возраста с разным уровнем тревожности. Установлено, что психоэмоциональное состояние ребенка влияет на мягкие ткани пародонта. У детей с высокой тревожностью, особенно в возрасте 14–17 лет, достоверно чаще определялась средняя степень хронического катарального гингивита и РМА индекса по сравнению с учениками с низкой тревожностью. Уровень тревожности достоверно не влиял на состояние гигиены полости рта у детей обеих возрастных групп.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пародонт, тревожность, дети, хронический катаральный гингивит.

#### PERIODONTAL STATUS IN CHILDREN MIDDLE AND HIGH SCHOOL AGE WITH DIFFERENT LEVELS OF ANXIETY

В. О. Palasyuk (Ternopil)

The condition of periodontal children middle and high school age with different levels of anxiety was analysed. Was observed that psycho-emotional condition of children affect the soft periodontal tissue. In children with high anxiety, especially those aged 14–17 years was significantly more marked and middle degree of chronic catarrhal gingivitis and PMA index compared with students with low anxiety. The level of anxiety did not significantly influence on the status of oral health in children of both age groups.

KEY WORDS: periodontal, anxiety, children, chronic catarrhal gingivitis.

Рецензент: проф. Я.П. Нагірний



Ю.Б. ЯЩЕНКО, Н.Ю. КОНДРАТЮК (Київ)

## ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ В УКРАЇНІ У РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проведено аналіз динаміки захворюваності та смертності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу. Незважаючи на накопичення хвороб системи кровообігу серед населення упродовж останніх десятиріч, в країні спостерігається тенденція до зменшення смертності за даним класом, проте в регіональному аспекті динаміка цих показників характеризується значною варіабельністю.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** захворюваність, смертність, хвороби системи кровообігу, регіони України.

Актуальною медико-соціальною проблемою і стратегічним напрямом національної політики у сфері охорони здоров'я у більшості країн світу є скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань, серед яких найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу. Внаслідок хвороб системи кровообігу Україна щорічно втрачає 500 тис. населення. Протягом 1991–2011 рр. показник смертності від цих хвороб в Україні зріс з 488,0 до 965,9 на 100 тис., тобто вдвічі. Хвороби системи кровообігу обумовлюють майже 7% випадків тимчасової непрацездатності населення, що становить 4,3 випадку та 72,1 календарного дня непрацездатності на 100 працюючих. Серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26%. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [6].

Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоевропейський показник у 2, а окремих країн – у 3,5 разу. У структурі причин смертності від хвороб системи кровообігу провідними є ішемічна хвороба серця (66,6%) та цереброваскулярна патологія (21,5%) [2].

**Мета** роботи – вивчити показники захворюваності та смертності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу у регіональному аспекті.

**Матеріали і методи.** Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності, поширеності та смертності населення внаслідок хвороб системи кровообігу. На підставі цих показників розраховували індекс накопичення хвороб органів кровообігу (співвідношення поширеність/захворюваність) та загальну летальність від хвороб органів кро-

вообігу (число померлих/кількість хворих). У дослідженні використано демографічне районування [1]. Територіальною одиницею вибрано адміністративні області за такими ознаками, як показники відтворення населення та його статевовіковий склад, чисельність, особливості розміщення, розміри території. Виділено п'ять районів: Західний, Центральний, Північно-Східний, Південно-Східний та Південний. Західний включав Волинську, Закарпатську, Івано-Франківську, Львівську, Рівненську, Тернопільську та Чернівецьку області. Центральний – Вінницьку, Житомирську, Київську, Кіровоградську, Хмельницьку і Черкаську. Північно-Східний – Полтавську, Сумську і Чернігівську. Південний – АР Крим, Миколаївську, Одеську і Херсонську. Південно-Східний – Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Луганську і Харківську.

У роботі використано епідеміологічний, демографічний та статистичний методи дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Порівняно з 90-ми роками ХХ ст. захворюваність населення на серцево-судинні захворювання та смертність від хвороб системи кровообігу в Україні збільшилася у декілька разів (табл. 1).

Найбільші рівні первинної захворюваності та смертності спостерігалися у 2008 р., які перевищували відповідні показники 1990 року більш ніж у 1,5 разу. Починаючи з 2009 р. простежується тенденція до зниження рівнів первинної захворюваності та смертності населення від хвороб системи кровообігу, проте накопичення хвороб системи кровообігу серед населення зростає (табл. 2).

У 2011 р. найвищі рівні накопичення хвороб системи кровообігу (ХСК) реєструвалися у Запорізькій (17,3) та Луганській (17,2) областях, найнижчі – у Харківській (7,2) та Івано-Франківській (8,0). Найвища первинна захво-

рюваність на ХСК виявлена у Харківській (8495,5 на 100 тис. населення) та Івано-Франківській (6545 на 100 тис. населення) областях, найнижча – у Запорізькій (3086 на 100 тис. населення) та Житомирській (3453 на 100 тис. населення). Показник поширеності ХСК серед населення був найвищим у Полтавській (66906,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (63466,6 на 100 тис.

населення) та Вінницькій (63288 на 100 тис. населення) областях, найнижчим – у Львівській (44151 на 100 тис. населення), Сумській (51400,4 на 100 тис. населення) та Житомирській (51519,1 на 100 тис. населення) областях.

Отримані дані свідчать про диференціацію між регіонами в показниках захворюваності, поширеності та смертності внаслідок ХСК (рис. 1).

Таблиця 1. Динаміка захворюваності та смертності від хвороб системи кровообігу в Україні на 100 тис. населення

Рік	Первинна захворюваність	Поширеність	Смертність
1990	2863,4	19874,8	641,5
2000	4727,2	36321,69	937,1
2007	5244,3	53412,4	1034,4
2008	5363,6	55315,5	1039,4
Зміни у 2008 р. до 1990 р.	+87,3%	+178,3%	+62,0%
2009	5271,8	56274,0	1002,1
2010	5219,6	57211,9	1015,9
2011	5145,2	57967,2	965,7
Зміни у 2011 р. до 1990 р.	+79,7%	+191,7%	+50,5%

Таблиця 2. Динаміка індексу накопичення хвороб системи кровообігу в регіональному аспекті

Регіон	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.
Південно-Східний	11,8±1,9	11,8±1,9	12,4±2,1	12,6±2,0	12,8±1,9
Центральний	12,5±1,2	12,5±0,9	12,6±0,9	12,8±0,8	12,97±0,7
Західний	8,8±0,8	9,6±0,9	9,6±0,8	9,9±0,7	10,4±0,7
Південний	10,5±0,7	9,6±0,2	9,98±0,2	10,5±0,6	10,9±0,8
Північно-Східний	11,9±0,7	12,1±0,6	12,8±0,8	13,3±0,9	13,3±0,9
<b>Україна</b>	<b>10,18</b>	<b>10,31</b>	<b>10,67</b>	<b>10,96</b>	<b>11,27</b>

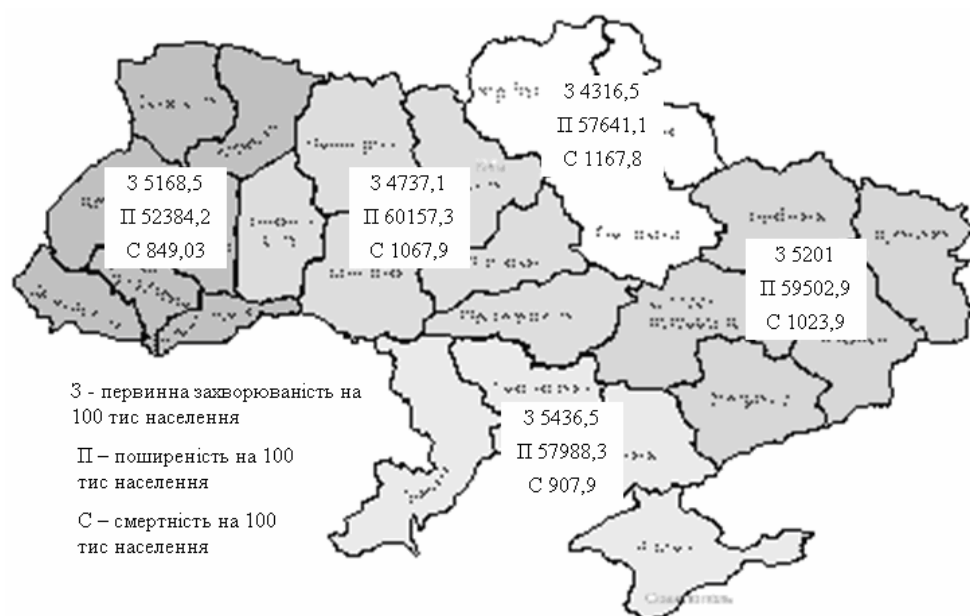


Рис. 1. Показники первинної захворюваності, поширеності та смертності населення (на 100 тис. населення) регіонів, 2011 рік

Достовірних зв'язків між показниками первинної захворюваності на ХСК та поширеності хвороб даного класу серед населення не встановлено. У накопиченні ХСК формуючою ознакою виступає захворюваність. Кореляційний зв'язок між показниками первинної захворюваності на ХСК та накопиченням ХСК серед населення становить  $(-0,86, p < 0,0001)$ . Зв'язки між показниками поширеності ХСК серед населення та накопиченням ХСК виявилися недостовірними.

За допомогою кореляційного аналізу встановлені зв'язки середньої сили, проте високої достовірності ( $r=0,49; p < 0,02$ ), між накопиченням ХСК та віковим складом населення (частка населення віком старше 65 років), серед якого найвищий рівень смертності внаслідок хвороб даного класу. Значущість цієї вікової групи у формуванні рівня смертності від ХСК підтверджується показниками кореляції між рівнем смертності від ХСК та питомою вагою населення вікової групи старше 65 років ( $r=0,85; p < 0,0001$ ). Найбільшою частка населення вікової групи 65 років і старше є у Чернігівській (18,8%), Черкаській (17,5%) та Вінницькій областях (17,25%), найменшою – у Закарпатській (10,96%), Рівненській (12,3%), Волинській (13,09%) областях.

Середнього значення кореляційні зв'язки встановлено також між рівнем смертності внаслідок серцево-судинних захворювань та індексом накопичення ХСК ( $r=0,49; p < 0,02$ ). Зв'язок середньої сили та гранично допустимої достовірності відмічається між загальною летальністю від хвороб системи кровообігу та їх поширеністю серед населення у 2008 та 2009 рр. ( $r=(-)0,40; p=0,045$ ). Від'ємний кореляційний зв'язок між даними показниками є наслідком тенденції зменшення летальності від ХСК та підвищення поширеності серцево-судинних захворювань серед населення упродовж останніх років, що свідчить про покращення спостереження за пацієнтами, що хворіють на серцево-судинні захворювання, що певною мірою попереджує смертність.

Отримані результати свідчать про відсутність прямих зв'язків між рівнем смертності населення від ХСК та безпосередньо поширеністю серед населення серцево-судинної патології, а також рівнем первинної захворюваності на ХСК. Зв'язки середньої сили мають місце між рівнем смертності від ХСК та часткою населення осіб вікової групи старше 65 років, а також із накопиченням ХСК серед населення.

У регіональному аспекті спостерігається значна диференціація між рівнями смертності, показниками загальної летальності від ХСК, а також питомою вагою населення вікової групи старше 65 років (рис. 2).

Низький рівень смертності у Закарпатській області (670 на 100 тис. нас.) можна пояснити

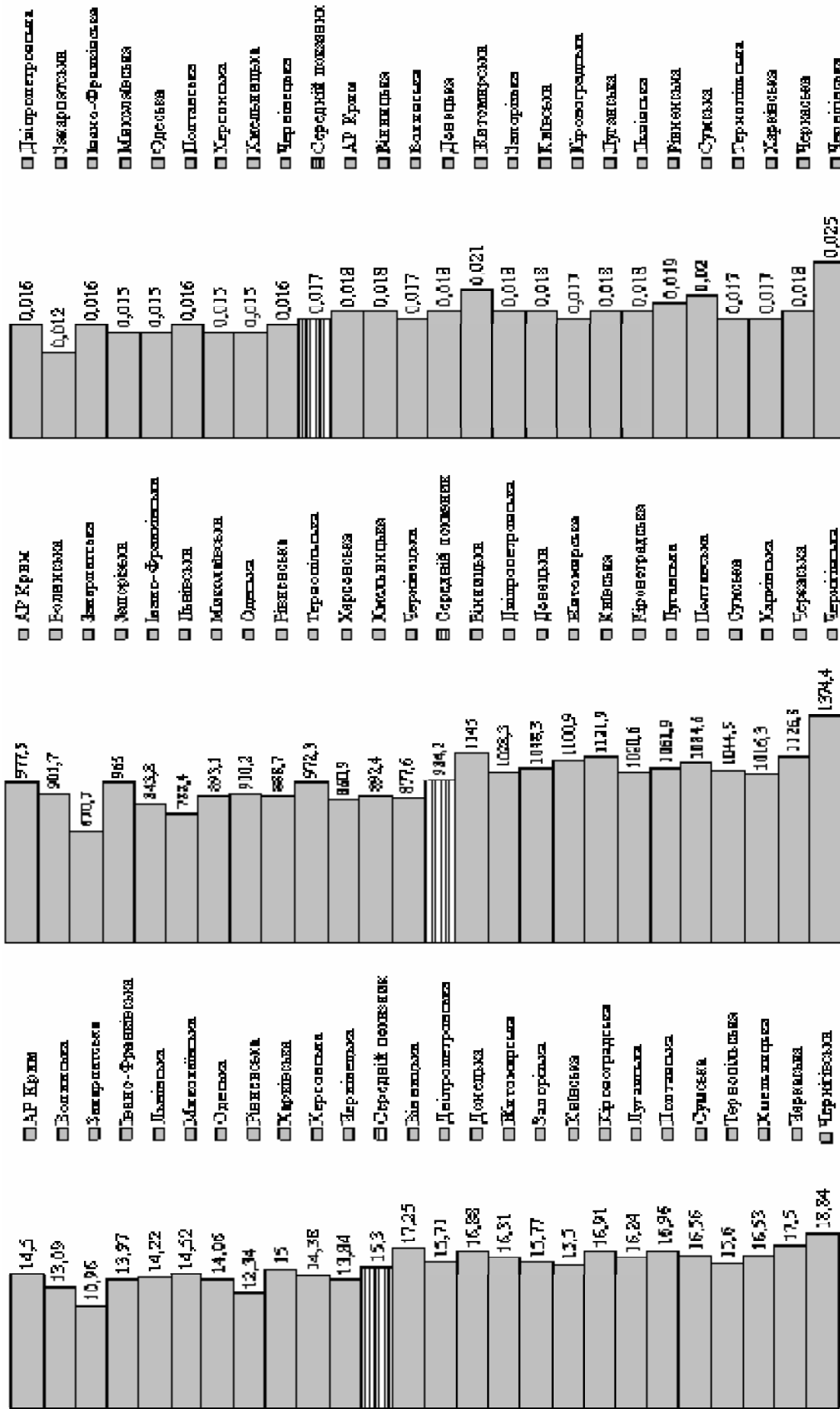
низькою часткою населення вікової групи старше 65 років (10,96% від усього населення регіону). У даному регіоні також відмічається низька летальність від ХСК (0,012). Високі рівні смертності у Черкаській (1126,8 на 100 тис. нас.) та Луганській (1061,9 на 100 тис. нас.) областях певною мірою можна пояснити високою часткою населення старше 65 років (17,5%, 16,24% відповідно). У Житомирській та Сумській областях ситуація подібна (рівень смертності 1100,9 на 100 тис. нас. та 1044,5 на 100 тис. нас. відповідно, частка населення старше 65 років – 16,3% та 16,56% відповідно), проте показник летальності у цих областях перевищує середній по Україні (0,021 та 0,02 відповідно).

Найбільш сприятливою можна вважати ситуацію у Хмельницькій області, де на тлі високої частки населення вікової групи старше 65 років (16,53%) рівень смертності від ХСК та показник летальності нижчі, ніж загалом по Україні (892,4 на 100 тис. нас. та 0,015 відповідно). Протилежна ситуація спостерігається у Рівненській області, де на тлі нижчої, ніж по Україні, частки населення вікової групи старше 65 років (13,84%) показник летальності перевищує загальнонаціональний (0,019 та 0,025 відповідно). Слід зазначити, що в Чернігівській області, у якій відсоток населення вікової групи старше 65 років найвищий по Україні (18,8), рівень смертності від ХСК та показник летальності від ХСК найвищі по Україні (1374,4 на 100 тис. нас. та 0,025 відповідно).

### Висновки

Незважаючи на те, що в Україні виконуються програми запобігання та лікування хвороб системи кровообігу, показники поширеності, захворюваності та смертності внаслідок захворювань даного класу хвороб залишаються на високому рівні. Індекс накопичення хвороб системи кровообігу порівняно з 1990 р. збільшився у 1,6 рази (1990 р. – 7,0, 2011 р. – 11,27), що певною мірою пов'язано із збільшенням населення вікової групи старше 65 років. Так, якщо у 1990 р. частка осіб вікової групи старше 65 років від загальної кількості населення становила  $12,3 \pm 0,5\%$ , то у 2011 р. вона становила  $14,1 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). Найвищий рівень смертності від ХСК за період 1990–2011 рр. спостерігався у 2008 р., у якому питома вага населення віком старше 65 років була найбільшою ( $16,3 \pm 0,4\%$ ).

Для України характерною є значна диференціація у рівнях смертності від хвороб системи кровообігу та у показниках захворюваності і поширеності у розрізі регіонів, що пов'язано з проблемами раннього виявлення, лікування та попередження смертності від ХСК серед населення. Так, показник загальної летальності внаслідок ХСК в Україні становить 0,017. Найнижчий даний показник у Закарпатській області



% населення віком старше 65 років      рівень смертності від ХСК (на 100 тис населення)      показник загальної летальності від ХСК

Рис. 2. Рівень смертності населення, загальна летальність від хвороб системи кровообігу у розрізі регіонів, 2011 р.

(0,012), а найвищий – у Чернігівській (0,025). Різниця у рівнях смертності від ХСК між цими областями також суттєва (у Чернігівській області порівняно із Закарпатською областю у понад двічі – 1374,4 проти 670,7 на 100 тис. нас.).

При проведенні аналізу проблем, що пов'язані із хворобами органів кровообігу (захворюваність, інвалідність, смертність), на рівні регіону доцільно використовувати інтегральний підхід, який передбачає вивчення не кількісних показників (захворюваність та поширеність), а якісних (індекс накопичення) у порівнянні із рівнем смертності від ХСК з урахування вікової структури населення.

**Перспективи подальших досліджень.** Формування серцево-судинної патології відбу-

вається в працездатному віці. За даними статистики, хвороби системи кровообігу найпоширеніші серед працездатного населення, їх частка у структурі поширеності становить 23,1%. Розробка та впровадження програм з раннього виявлення та моніторингу перебігу серцево-судинної патології серед населення працездатного віку, запобігання її розвитку, проведення цільової роботи у групах ризику щодо розвитку захворювань системи кровообігу є актуальним напрямком роботи на рівні первинної ланки надання медичної допомоги населенню з метою попередження захворюваності на хвороби системи кровообігу та запобігання смертності від цих хвороб.

### Список літератури

1. *Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії* / НАН України. Ін-т економіки; за ред. Тешенко. – К., 2001. – 560 с.
2. *Корнацький В. М.* Проблеми здоров'я та продовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький / *Укр. мед. часопис.* – 2008. – № 5(67) – IX-X. – С. 83–87.
3. *Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения УССР за 1989–1990 годы* (статистические материалы) / МЗ УССР, Республиканское бюро (центр) медицинской статистики. – К., 1990.
4. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.]* / МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2001, 2006, 2008, 2011 роки.
5. *Статистична інформація Державної служби статистики України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік*: [монографія] / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 440 с.

### ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УКРАИНЕ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратюк (Киев)

Проведен анализ динамики заболеваемости и смертности населения Украины вследствие болезней системы кровообращения. Несмотря на накопление болезней системы кровообращения среди населения в течение последних десятилетий, в стране наблюдается тенденция к снижению смертности за данным классом, но в региональном аспекте динамика этих показателей характеризуется значительной вариабельностью.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *заболеваемость, смертность, болезни системы кровообращения, регионы Украины.*

### DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY DUE TO CARDIOVASCULAR DISEASES IN UKRAINE IN REGIONAL ASPECT

Yu.B. Yashchenko, N.Yu. Kondratyuk (Kyiv)

The analysis of the dynamics of morbidity and mortality in Ukraine due to cardiovascular diseases has been carried out. Despite the increase of cardiovascular diseases among the population over the past decade there has been reduction tendency in mortality in this class, however in the regional aspect dynamics of these indicators is characterized by considerable variability.

**KEY WORDS:** *morbidity, mortality, cardiovascular diseases, regions of Ukraine.*

*Рецензент:* д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

Л.О. ДІДЕНКО, А.В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПОТРЕБ І ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вивчено медичні та демографічні фактори попиту і доступності медичної допомоги сільському населенню. Доведено достовірність модуляції попиту і доступності рівням розвитку соціальних і виробничих інфраструктур сільських поселень і характеру розселення, вікової структури і радіусам обслуговування. Віддалені від пунктового села зазвичай малонаселені, зі старшим віковим складом населення, гірше забезпечені закладами соціальної інфраструктури, зокрема медичними. Саме тут спостерігаються найбільші розбіжності між великими потребами у медичних послугах та обмеженими умовами їх забезпечення. Виявлено резерви удосконалення якості і доступності медичної допомоги сільському населенню.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** потреби і доступність медичної допомоги, сільське населення.

Питання потреб і доступності медичної допомоги набуває особливого значення для села. Гіпотеза дослідження передбачала, що саме віддалені села характеризуються гіршою демографічною та соціально-виробничою структурою і одночасно підвищеною потребою у медичному обслуговуванні. Саме цей ефект підлягав вивченню в роботі, і розроблені рекомендації стали важливими для формулювання ключових пунктів пілотного проекту реформи ПМСД у Вінницькій області.

**Матеріали і методи.** Дослідження за перехресним планом проводилось у 2007–2010 рр. Вивчення та узагальнення результатів відбувалося на основі багатоступеневої вибірки. Перший ступінь суцільним масивом охопив 27 сільських районів Вінницької області. Використання сільського району як одиниці спостереження першого ступеня багатоступеневої вибірки обумовлено необхідністю вивчення медико-демографічного середовища діяльності сільських медичних закладів первинного рівня. Для забезпечення якісної і кількісної репрезентативності вибірки першого ступеня, пропорційно до розмірів кластерів, було відібрано найбільш репрезентативні райони. Для цього було спроектовано 19 ознак класифікації на 2 головні компоненти за допомогою аналізу головних компонент. Ці компоненти становили 35,7% інформації від повного набору ознак. Відповідно до аналізу відбирались райони відповідно до їх найкращого представництва кластерів за відстанню Махаланобіса. Усі включені до вибірки райони мали найменші відстані Махаланобіса, які не перевищували критичні значення, задані  $\chi^2(19)$  на рівні достовірності 0,05, а саме 30,1, що доводить їх високу репрезента-

тивність. 11 відібраних у такий спосіб районів вивчались суцільним методом, тобто дослідження включало всі 89 сільських лікарських дільниць (СЛД) даних районів, які й склали другий ступінь вибірки. Третій ступінь утворений випадково відібраними сільськими мешканцями, які обслуговуються обраними СЛД, всього 1741 чол. Проаналізовано 7800 випадків звернень за медичною допомогою, здійснених протягом 2007–2009 років. Для оцінки достовірності ефектів використано аналіз багатомірних контрастів процедури MANCOVA [2]. Аналіз таблиць крос-класифікації здійснювався на основі статистики  $\chi^2$ -квадрат, для одновимірних тестів використаний двобічний критерій Стюдента [3]. Всі розрахунки здійснені в середовищі статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У результаті проведеного дослідження встановлено, що критичними радіусами обслуговування для сільської амбулаторії (СА) є 7 км і для фельдшерсько-акушерського пункту (ФАПу) – 3 км. Важливим моментом є вивчення характеристик захворюваності залежно від відстані до СА та ФАПу. Ми проаналізували варіаційні статистики розподілів характеристик захворюваності на критичних значеннях радіусів (табл. 1).

Як впливає з результатів дослідження, характеристики захворюваності мають достовірно вищі значення при віддаленості СА від місця проживання 7 і більше кілометрів. Затримка у зверненні зростає від  $2,401 \pm 0,038$  до  $2,83 \pm 0,05$  ( $t=4,15$ ;  $p<0,0001$ ).

Як і у випадку із відстанню до СА, характеристики захворюваності мають достовірно вищі значення при віддаленості ФАПу від місця прожи-

Таблиця 1. Розподіл характеристик захворюваності залежно від відстані до ФАПу (сумарно за 2007–2009 рр.)

До 3 км					
Кількість хронічних хвороб	2,416	0	10	0,1599	3,18
Кількість первинних хвороб	2,000	0	9	0,1143	0,64
Загальна кількість хвороб	4,409	0	15	0,2047	2,72
Кількість загострень	3,695	0	19	0,2476	0,98
Тривалість хвороб (дні)	49,121	0	197	2,2682	3,04
Затримка у зверненні (дні)	2,358	0	101	0,0324	24,14
3 і більше км					
Кількість хронічних хвороб	2,949	0	17	0,0497	*
Кількість первинних хвороб	2,078	0	21	0,0429	
Загальна кількість хвороб	4,991	1	20	0,0633	*
Кількість загострень	3,441	0	32	0,0732	
Тривалість хвороб (дні)	56,347	6	360	0,7072	*
Затримка у зверненні (дні)	4,729	0	60	0,0927	*

Примітка: \*різниця середніх достовірні з  $p < 0,0001$ .

вання понад 2 кілометри. Затримка у зверненні зростає від  $2,358 \pm 0,0324$  дня до  $4,729 \pm 0,0927$  дня ( $t=24,14$ ;  $p < 0,0001$ ).

Реальна поширеність (у %) захворювань серед сільського населення вибірки за класами хвороб (сумарно 2007–2009) вивчалася на основі експертних оцінок спеціалістами обласних ЗОЗ (табл. 2). Ці дані порівнювались із зареєст-

тованими захворюваннями, відсоток перевищення експертних оцінок зареєстрованих рівнів наведений в таблиці 3 за класами хвороб. Як показують результати, у цілому перевищення (недоврахування) склало 22,12%. Найбільше недоврахування простежено для хвороб органів дихання (33,35%), ендокринної системи, порушення обміну речовин (24,52%), системи кровообігу

Таблиця 2. Поширеність захворювань серед сільського населення за класами хвороб (сумарно за 2007–2009 рр.)

Клас хвороб	Кількість випадків	Рівень на 1000	m	% перевищення зареєстрованих
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	186	106,84	7,40	5,11
Новоутворення	98	56,29	5,52	2,31
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	212	121,77	7,84	24,52
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	59	33,89	4,34	20,60
Розлади психіки та поведінки	92	52,84	5,36	11,61
Хвороби нервової системи	151	86,73	6,75	12,38
Хвороби ока та його придаткового апарату	304	174,61	9,10	15,50
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	157	90,18	6,86	12,93
Хвороби системи кровообігу	1519	872,49	7,99	21,22
Хвороби органів дихання	2085	1197,59	6,87	33,35
Хвороби органів травлення	545	313,04	11,11	16,17
Хвороби сечостатевої системи	457	262,49	10,54	20,88
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	244	140,15	8,32	17,89
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	347	199,31	9,57	11,51
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	9	5,17	1,72	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	280	160,83	8,80	12,20
<b>Всього</b>	<b>6745</b>	<b>3874,22</b>	<b>9,34</b>	<b>22,12</b>

(21,22%), сечостатевої системи (20,88%), крові (20,60%), тобто фактично кожний третій–п'ятий випадок залишався поза увагою медичних працівників. Сумарно за три роки поширеність захворювань серед сільського населення вибірки склала 3874‰. Найбільш поширеними виявились хвороби органів дихання (1197,59‰), системи кровообігу (872,49‰), органів травлення (313,04‰), сечостатевої системи (262,49‰).

Чутливим індикатором доступності медичної допомоги може бути частка неврахованих захворювань. Ми використали цей індикатор для тестування гіпотези щодо ролі віддаленості від СА і ФАПу як важливого модулюючого фактора доступності медичної допомоги сільському населенню. Відповідно, частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до СА від місця проживання (сумарно 2007–2009 рр.) наведена в таблиці 3. Частка неврахованих захворювань достовірно перевищувала за відстані до СА 7 км і більше (35,11%±1,95 проти 20,95±1,20, t=6,18 p<0,0001). Достовірно збільшення частки неврахованих захворювань при віддаленості до СА від місця проживання спостерігалось практично за всіма класами хвороб. Загалом розподіл

неврахованих захворювань суттєво відрізнявся залежно від відстані до СА ( $\chi^2(15)=26,17$ ; p=0,0363) за рахунок більшого неврахування за віддаленості хвороб системи кровообігу (t=8,03), шкіри та підшкірної клітковини (t=8,29), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (t=7,62).

Частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно 2007–2009) наведена в таблиці 3. Частка неврахованих захворювань достовірно перевищувала за відстані до ФАПу 3 км і більше (34,38%±4,00 проти 21,04±1,02, t=3,23 p<0,001). Як і для СА, достовірно збільшення частки неврахованих захворювань при віддаленості до ФАПу від місця проживання спостерігалось практично за всіма класами хвороб. У цілому розподіл неврахованих захворювань суттєво відрізнявся залежно від відстані до ФАПу ( $\chi^2(15)=25,29$ ; p=0,0462) за рахунок більшого неврахування за віддаленості хвороб системи кровообігу (t=4,99), шкіри та підшкірної клітковини (t=4,68), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (t=4,14). Цікаво, що відмінності в розподілах неврахованих захворювань залежно від відстані збіглися для віддаленості до СА і ФАПу.

Таблиця 3. Частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно 2007–2009 рр.)

Клас хвороб	менше 3 км	m	3 км і більше	m	T
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,91	0,54	7,38	2,20	1,09
Новоутворення	2,25	0,37	2,99	1,43	0,50
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	23,63	1,06	34,62	4,01	2,65*
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	19,72	0,99	30,59	3,88	2,71*
Розлади психіки та поведінки	11,63	0,80	11,38	2,67	(0,09)
Хвороби нервової системи	11,81	0,81	18,85	3,29	2,08*
Хвороби ока та його придаткового апарату	14,72	0,89	24,35	3,61	2,59*
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	12,10	0,82	22,35	3,51	2,85*
Хвороби системи кровообігу	19,50	0,99	40,74	4,14	4,99*
Хвороби органів дихання	32,34	1,17	44,81	4,19	2,87*
Хвороби органів травлення	15,48	0,90	24,00	3,60	2,30*
Хвороби сечостатевої системи	19,71	0,99	34,16	3,99	3,51*
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	16,32	0,92	35,71	4,04	4,68*
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10,25	0,76	25,81	3,69	4,14*
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	11,98	0,81	14,70	2,98	0,88
<b>Всього</b>	<b>21,04</b>	<b>1,02</b>	<b>34,38</b>	<b>4,00</b>	<b>3,23*</b>

Примітка:  $\chi^2(15)=25,29$ ; p=0,0462; \*p<0,0001.



Для детальнішого вивчення особливостей звернень сільського населення було проведено їх розподіл за видами потреб. З'ясувалось, що основною потребою звернень було лікування – з цієї причини здійснено 3792 звернення на 1000 сільського населення впродовж 2007–2009 р. (табл. 4). Викривлення структури звер-

нень за видами потреб очевидно уже з факту, що частота викликів швидкої допомоги (274%) перевищила частоту звернень з приводу профогляду (208%). Тривожить факт, що частота візитів з приводу реабілітації становить всього 859%, а з приводу діагностики – взагалі 45,7%.

Таблиця 4. Рівень звернень за видами потреб залежно від відстані до СА від місця проживання на 1000 сільського населення (сумарно за 2007–2009 рр.)

Вид потреби	Відстань до СА		
	менше 7 км	7 км і більше	Всього
Лікування	3796,92	3782,15	3791,83
Діагностика	52,45	32,81*	45,68
диспансерний візит	449,25	330,71*	408,40
Реабілітація	1173,17	262,46*	859,31
консультація з соціальних питань	207,03	131,24*	180,91
консультація з правових питань	114,96	127,57	117,32
експертиза непрацездатності*	724,61	590,55*	678,40
Профогляд	234,63	126,51*	207,87
виклик швидкої	243,05	306,56*	274,08
<b>Всього**</b>	<b>5862,79</b>	<b>5387,14</b>	<b>5632,39</b>

Примітка: \* – на 1000 працездатного населення; \*\* – без урахування реабілітації, оскільки реабілітація входить в лікування;  $\chi^2(8) = 28,28$ ;  $p = 0,0004$ .

Складається враження, що переважно обслуговуються «пожежні» випадки. А профілактична робота, реабілітація хронічних захворювань, консультативна робота практично не проводяться. Відомо, що за таких умов ефективність ПМСД невелика. Якщо проаналізувати рівні звернень за видами потреб залежно від наближеності закладів ПМСД (табл. 5), то стає очевидно, що зі збільшенням віддаленості вказані вище недоліки стають іще виразнішими. Так, частота звернень з приводу диспансеризації і профогляду (активні звернення) достовірно падають від 449% та 235% до 331% та 126% при перевищенні відстані до СА від місця проживання 6 км («7 км і більше»). Натомість достовірно зростає частота викликів ШД від 243% до 307%. Привертає увагу катастрофічне падіння рівнів реабілітаційних послуг – 262% при відстані до СА понад 6 км проти 1173% при відстані 6 км і менше. Інтегральні відмінності розподілу рівнів звернень за потребами достовірно різняться в розрізі відстані до СА ( $\chi^2(8) = 28,28$ ;  $p = 0,0004$ ).

Рівень звернень за видами потреб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно за 2007–2009) наведено у табл. 5. Простежуються ті ж самі закономірності, що і при розгляді розподілу звернень за видами потреб залежно від відстані до СА: частота звернень з приводу диспансеризації і профогляду (активні звернення) достовірно падають від 418% та

216% до 296% та 119% при перевищенні відстані до ФАПу від місця проживання 2 км («3 км і більше»). Натомість знову достовірно зростає частота викликів ШД від 261% до 424%. Також спостерігається виразне зменшення рівнів реабілітаційних послуг – 417% при відстані до ФАПу понад 2 км проти 935% при відстані 2 км і менше. Інтегральні відмінності розподілу рівнів звернень за потребами достовірно різняться в розрізі відстані до ФАПу ( $\chi^2(8) = 34,87$ ;  $p < 0,0001$ ).

Аналіз структури звернень за причинами, що завадили вчасно звернутися по медичну допомогу, залежно від відстані до СА і ФАПу (табл. 6) показав, що основною є зайнятість (57,27%). Досить часто (25,45%) пацієнти своєчасно не звертались, бо були переконані, що хвороба/потреба незначна і може зачекати. Це ніби не викликає занепокоєння, проте, якщо брати до уваги, що основна частина звернень здійснюється з приводу лікування, і факт, що в кожному випадку пацієнт зрештою звернувся до медичного закладу, тобто причина переросла у значну, це тривожний факт, адже несвоєчасність звернення по медичну допомогу знижує ефективність лікування. Інші 14,47% запізнень пов'язані з віддаленістю медичного закладу. Це теж керована причина, її вирішення полягає в оптимізації структури СЛД, розвитку доріг та транспортного сполучення. Цікаво, що інші причини запізнення із зверненням, такі як погана якість медичної

Таблиця 5. Кількість звернень за видами потреб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання на 1000 сільського населення (сумарно за 2007–2009 рр.)

Вид потреби	Відстань до ФАПу	
	менше 3 км	3 км і більше
Лікування	3700,30	3958,23
Діагностика	47,24	27,92*
диспансерний візит	418,31	295,98*
Реабілітація*100	935,04	417,32*
консультація із соціальних питань *100	190,50	115,02*
консультація з правових питань *100	114,96	128,04
експертиза непрацездатності *50	688,98	558,44*
Профогляд*10	216,54	118,90*
виклик швидкої *2	260,83	424,42*
<b>Разом**</b>	<b>5637,65</b>	<b>5626,94</b>

Примітки: \* – на 1000 працездатного населення; \*\* без урахування реабілітації, оскільки реабілітація входить в лікування;  $\chi^2(8) = 34,87$ ;  $p < 0,0001$ .

Таблиця 6. Розподіл звернень за причинами, що завадили звернутися вчасно, залежно від відстані до СА і ФАПу (сумарно за 2007–2009 рр.), %

Причина	Відстань до СА		Відстань до ФАПу		Всього
	до 7 км	$\geq 7$ км	до 3 км	$\geq 3$ км	
Нічого	2,34	2,16	2,49	0,00	2,28
Зайнятість	58,75	54,33	57,75	52,09	57,27
Віддаленість медичного закладу	11,81	19,73	13,62	23,54	14,47
Хвороба/потреба незначна	26,42	23,51	25,55	24,37	25,45
Погана якість медичної допомоги	0,06	0,06	0,07	0,00	0,06
Нечуйне ставлення медперсоналу	0,03	0	0,02	0,00	0,02
Неможливість задоволення потреби на ФАПі	0,29	0,09	0,25	0,00	0,22
Неможливість задоволення потреби в СА	0,29	0,12	0,26	0,00	0,23
<b>Всього</b>	100	100	100	100	100
	66,49	33,51	91,45	8,55	

Примітка: СА  $\chi^2(7) = 116,97$ ;  $p < 0,0001$  ФАП  $\chi^2(7) = 82,57$ ;  $p < 0,0001$ .

допомоги, нечуйне ставлення медперсоналу, неможливість задоволення потреби у медичній допомозі на ФАПі та в СА, займають незначну частку. Проте не слід плутати із якістю медичної допомоги, яку надалі оцінювали експерти. Наведені дані стосуються більше довіри сільського населення до медичного персоналу СЛД і показують в цілому задоволеність якістю медичної допомоги, що є дуже важливим політичним моментом реформи ПМСД. При збільшенні відстані до СА і ФАПу збільшується частка причини запізнення «Віддаленість медичного закладу» (19,73% при відстані до СА 7 і більше км проти 11,81% при відстані до СА до 7 км).

Загалом розподіли звернень за причинами, що завадили звернутися вчасно, залежно від відстані до СА і ФАПу суттєво різнилися, як для віддаленості до СА ( $\chi^2(7) = 116,97$ ;  $p < 0,0001$ ), так і віддаленості до ФАПу ( $\chi^2(7) = 82,57$ ;  $p < 0,0001$ ).

Вивчення розподілу звернень за результатами (самооцінка 9806 звернень за 2007–2009 рр.) залежно від відстані до СА і ФАПу свідчить, що, на думку сільських мешканців, у 27,97% випадків проблема повністю вирішена, проте у 21,56% проблема вирішена лише частково. Цікаво, що випадки з не вирішеною проблемою чи з ускладненням проблеми практично не траплялись.

Розподіли звернень за результатами за різних відстаней до СА суттєво відрізнялись ( $\chi^2(20) = 46,88$ ;  $p < 0,0001$ ) і до ФАПу відрізнялись на межі суттєвості ( $\chi^2(20) = 28,64$ ;  $p = 0,095$ ). Очевидно (табл. 7), що при збільшенні віддаленості вище критичних значень зменшується відсоток оцінок «проблема повністю вирішена» (24,37% при відстані до СА 7 і більше км проти 29,79% при відстані до СА до 7 км) і натомість збільшується відсоток частково вирішених проблем (24,61%

Таблиця 7. Розподіл звернень за результатами залежно від відстані до СА і ФАПу

Результат звернення	Відстань до СА		Відстань до ФАПу		Всього
	до 7 км	≥7 км	до 3 км	≥3 км	
Проблема повністю вирішена	29,79	24,37	27,13	27,04	27,97
Проблема практично вирішена	50,05	50,96	49,84	55,91	50,36
Проблема вирішена частково	20,02	24,61	22,91	17,05	21,56
Проблема не вирішена	0,12	0,03	0,1	0	0,09
Проблема ускладнилась	0,02	0,03	0,02	0	0,02
<b>Всього</b>	100	100	100	100	100
	66,5	33,5	91,45	8,55	

Примітка: СА  $\chi^2(20)=46,88$ ;  $p<0,0001$ ; ФАП  $\chi^2(20)=28,64$ ;  $p=0,095$ .

при відстані до СА 7 і більше км проти 20,02% при відстані до СА до 7 км).

#### Висновки

1. Важливими факторами формування потреб і доступності медичної допомоги сільському населенню вибірки, окрім розвитку соціальних і виробничих інфраструктур сільських поселень та характеру розселення, є радіуси обслуговування СЛД.

2. Достовірне збільшення частки неврахованих захворювань при віддаленості до СА та ФАПу

від місця проживання вище критичних спостерігалось практично за всіма класами хвороб.

3. Основною потребою звернень було лікування – з цієї причини здійснено 3792 звернення на 1000 сільського населення. Викривлення структури звернень за видами потреб очевидне уже з факту, що частота викликів ШД (274‰) перевищила частоту звернень з приводу профогляду (208‰). Частота візитів з приводу реабілітації становить всього 859‰, а з приводу діагностики лише 45,7‰. Все це знижує ефективність ПМСД.

#### Список літератури

1. *Очередько О. М.* Медико-соціальні основи збереження здоров'я сільських мешканців (наукова розробка соціометричних моделей для основних типів сільських населених пунктів) : дис. ... д-ра мед. наук / О. М. Очередько. – К., 2002. – 328 с.
2. *Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell.* – 4<sup>th</sup> ed. – 2005. – 966 p.
3. *Comparing the SAS GLM and MIXED Procedures for Repeated Measures, Proceedings of the Twentieth Annual SAS Users Group Conference.*

#### МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СПРОСА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Л.А. Диденко, А.В. Пирныкоза (Винница)

Изучены медицинские и демографические факторы спроса и доступности медицинской помощи сельскому населению. Доказано достоверность модуляции спроса и доступности уровням развития социальных и производственных инфраструктур сельских поселений и характера расселения, возрастной структурой и радиусами обслуживания. Удаленные от пунктового села, как правило, малонаселенные, со старшим возрастным составом населения, хуже обеспечены учреждениями социальной инфраструктуры, в частности медицинскими. Именно здесь наблюдаются наибольшие расхождения между большими потребностями в медицинских услугах и ограниченными условиями их обеспечения. Выявлены резервы усовершенствования качества и доступности медицинской помощи сельскому населению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **спрос и доступность медицинской помощи, сельское население.**

#### MEDICAL AND DEMOGRAPHIC DETERMINANTS OF DEMAND AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE TO RURAL POPULATION

L.O. Didenko, A.V. Pirnykoza (Vinnitsa)

Medical and demographic determinants of demand and accessibility of medical services to rural population have been investigated. The significance of modulation of demand and accessibility of medical services with social infrastructures of rural settlements, age composition, distances to health facilities has been proved. Distant villages commonly being underpopulated and aged are underserved, in part, with medical care, their population demonstrate drastic discrepancy between increased health needs and limited provision with medical care. The reserves to improve the quality and accessibility of medical services to rural population have been discovered.

KEY WORDS: **demand and accessibility of medical care, rural population.**

Рецензент: д.держ.упр., доц. Н.П. Кризина

Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

## АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ І СМЕРТНІСТЮ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ТА ЧИННИКАМИ, ЩО НА НИХ ВПЛИВАЮТЬ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"

В статті наведений аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень та встановлені причинно-наслідкові зв'язки між факторами, що впливають на рівні даних показників. Встановлені характерні тенденції основних показників.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** причинно-наслідкові зв'язки, онкологічна захворюваність, смертність, злоякісні новоутворення.

Тягар онкологічних захворювань є однією з найактуальніших проблем для сучасної медицини. За даними ВООЗ, щорічно у світі від раку помирає близько 4,3 млн чоловік. Рак входить до числа трьох основних причин смерті у всіх вікових групах населення після 50 років – як у розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються [1;2;3;4].

Для забезпечення ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я є необхідним, передовсім, вплив на світобачення людей з метою формування особистого зацікавлення та відповідальності за збереження власного здоров'я, здоров'я членів своєї сім'ї, окремих віко-статевих та професійних груп, і суспільства в цілому [1;3;5].

Згідно з даними вітчизняної та зарубіжної наукової літератури, одним із визначальних складників виникнення складної демографічної ситуації в Україні є зростання медико-демографічних втрат населення внаслідок передчасної смертності, у структурі якої чільне місце посідають злоякісні новоутворення – близько 11,4%. В структурі смертності населення України злоякісні новоутворення займають друге місце після хвороб системи кровообігу [2;6;7].

Для успішної боротьби зі злоякісними новоутвореннями необхідні вірогідні дані про епідеміологію раку, про рівні онкологічної захворюваності та смертності від злоякісних пухлин для різних статевовікових, етнічних, професійних та інших груп населення [3;4]. Епідеміологічні дослідження відіграють важливу роль у теоретичному та практичному вивченні проблеми злоякісних пухлин. Такого роду дослідження дозволяють не лише виявити причинний зв'язок різних чинників способу життя та навколишнього середовища з окремими формами раку, але й передбачають реальні шляхи запобігання злоякісним новоутворенням.

На сьогоднішній день в Україні нестримне зростання онкологічної захворюваності та смертності спричиняє чи не найскладнішу медичну, соціальну й економічну проблему. Представники Єврокомісії нещодавно оприлюднили приголомшливі дані: кожний четвертий житель ЄС помирає від раку. Щороку у світі реєструють понад 10 млн нових випадків онкозахворювань [7;8;9].

Актуальність проведеного нами дослідження не викликає сумніву та посилюється необхідністю вміння професійно аналізувати й оцінювати інформацію про стан здоров'я населення України. У багатьох випадках спостерігається певна поверховість пояснення тих чи інших демографічних процесів та їх взаємозв'язків із соціально-економічними факторами, що впливають на них. Розмаїття й суперечливість офіційної статистичної інформації може призвести до неадекватних оцінок, некоректних висновків [5;6].

**Мета роботи:** провести аналіз деяких причинно-наслідкових зв'язків між показниками захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень та чинниками, що впливають на дані показники.

**Матеріали і методи.** В якості матеріалів використано офіційні статистичні дані Держкомстату України та Тернопільського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики. В дослідженні застосований метод рангової кореляції, проведена оцінка достовірності результатів даного дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Були вивчені три групи взаємозв'язків між показниками в розрізі областей України (табл.). До першої групи відносили взаємозв'язки, які мали пролити певне світло на відмінності в показниках захворюваності та смертності.

Закономірним і логічним є прямиий і сильний зв'язок між первинною і загальною захворюва-

ністю на злякисні новоутворення (коефіцієнт кореляції 0,84,  $P < 0,001$ ). Іншими словами, чим вищою є первинна захворюваність, тим більшим є загальне накопичення хворих.

Деяко слабшим ( $r=0,71$ ,  $P < 0,001$ ) був прямий корелятивний зв'язок між первинною захворюваністю на злякисні новоутворення і смертністю від них; і ще трохи меншим ( $r=0,67$ ,  $P < 0,001$ ) був прямий корелятивний зв'язок між загальною захворюваністю на злякисні новоутворення і смертністю від них. Загалом, як бачимо, показники захворюваності і смертності від злякисних новоутворень тісно між собою пов'язані.

Вже давно було помічено, що рівень смертності від злякисних новоутворень тісно пов'язаний із часткою сільських жителів в структурі населення України. Аналіз підтвердив цю закономірність: зв'язок між рівнем смертності і питомою часткою сільського населення виявився сильним і зворотнім (коефіцієнт кореляції  $-0,79$ ,  $P < 0,001$ ), тобто рівень смертності від злякисних новоутворень в областях України тим менший, чим вищою в структурі людності є питома частка сільських жителів. Знову таки логічним і закономірним є те, що зв'язок між питомою часткою сільських мешканців і рівнем первинної та загальної захворюваності є також зворотнім, але слабшим за силою (відповідно  $r=-0,61$ ,  $P < 0,01$ ,  $r=-0,50$ ,  $P < 0,051$ ).

Цікавими виявились зв'язки між смертністю від злякисних новоутворень, з одного боку, та смертністю від двох інших основних причин – смертністю від хвороб системи кровообігу та хронічних неспецифічних хвороб легень – з іншого. В першому випадку зв'язок виявився прямим (де вища смертність від злякисних новоутворень, там вона вища і від хвороб системи кровообігу і навпаки), але не вельми помітним ( $r=+0,31$ ,  $P > 0,05$ ), в другому випадку зв'язок виявився зворотнім (де вища смертність від злякисних новоутворень, там нижчою є смертність від хронічних неспецифічних хвороб легень і навпаки), і сила цього зв'язку виявилась середньою і достовірною ( $r=-0,48$ ,  $P < 0,05$ ).

Друга група взаємозв'язків відображала стосунки між показниками захворюваності і смертності серед окремих локалізацій злякисних новоутворень та деякими причинами, що ймовірно могли на них вплинути. Виявився сильним і прямим зв'язок між частотою абортів та смертністю від раку молочної залози ( $r=0,82$ ,  $P < 0,001$ ), між частотою абортів та первинною захворюваністю раком молочної залози ( $r=0,79$ ,  $P < 0,001$ ), між смертністю від раку шлунку та загальною захворюваністю на виразкову хворобу шлунку ( $r=0,69$ ,  $P < 0,001$ ). Привертає увагу також прямий, середньої сили зв'язок між частотою абортів та смертністю від раку шийки матки ( $r=0,50$ ,  $P < 0,05$ ).

Третя група взаємозв'язків стосувалась показників захворюваності і смертності та показників роботи онкологічної служби. Тут здебільшого виявити якихось залежностей не вдалося. Слабким виявився зв'язок між первинною і загальною захворюваністю та частиною хворих, у яких діагноз підтверджено морфологічно ( $r$  відповідно дорівнював 0,14 і  $-0,09$ ,  $P > 0,05$ ). Таким же невиразним виявився зв'язок і між показниками смертності та кількісними показниками діяльності онкологічної служби – забезпеченістю лікарями-онкологами, частиною хворих, охоплених радикальним та спеціальним лікуванням ( $r$  від 0,12 до 0,30,  $P > 0,05$ ). Лише між смертністю від злякисних новоутворень та забезпеченістю онкологічними ліжками зв'язок був прямий і середньої сили ( $r=0,60$ ,  $P < 0,01$ ). До того ж більшість вищенаведених закономірностей були статистично недостовірними.

Підсумовуючи результати дослідження, слід наголосити на головному – великі відмінності в захворюваності та смертності від злякисних новоутворень є результатом дії цілої низки причин, про які досі є лише загальне уявлення.

Зокрема наголошувалось на відмінностях в доступності медичної допомоги. Ця причина теper відіграє незначну роль. Якщо можна припустити наявність таких відмінностей в якихось районах, то не можна стверджувати, що на західному терені держави значно менше реєструють хворих і померлих від злякисних новоутворень, ніж, скажімо, в південно-східному, через слабку доступність медичної допомоги. Це підтверджується і слабкою залежністю між показниками діяльності онкологічної служби.

Відмічалось значення статевікового фактора. Його роль безсумнівна. Але якщо пояснювати відмінності між показниками захворюваності і смертності в межах трьох регіонів України – західному, центрально-західному і південно-східному – то тут значення статевікового фактора суттєво звужується, адже в кожному з цих теренів представлені області з ідентичною або близькою між собою статевіковою структурою.

Давно помічено, що в областях з вищою питомою часткою сільського населення захворюваність та смертність від злякисних новоутворень нижчі і навпаки. Наше дослідження підтверджує цю закономірність. Але залишається невизначеним, в якій мірі ця різниця може бути пояснена, з одного боку, реєстрацією злякисних новоутворень, а з другого, способом життя людей, що проживають в селах і містах. Відмічалось, що в селах реєстрація злякисних новоутворень має більші недоліки, через які певна частина хворих не реєструється, а значна частина померлих попадає під інші причини. Зворотній взаємозв'язок між смертністю від злякисних новоутворень і

Таблиця. Взаємозв'язок показників в розрізі областей України.

№	Взаємозв'язок між:	Коефіцієнт кореляції Спірмена	P
1	Первинною та загальною захворюваністю	0,84	<0,001
2	Первинною захворюваністю населення на злоякісні новоутворення та смертю від них	0,71	<0,001
3	Загальною захворюваністю та смертністю	0,67	<0,001
4	Смертністю від злоякісних новоутворень та питомою часткою сільського населення	-0,79	<0,001
5	Первинною захворюваністю та питомою часткою сільського населення	-0,61	<0,01
6	Загальною захворюваністю та питомою часткою сільського населення	-0,50	<0,05
7	Смертністю від злоякісних новоутворень та смертністю від хвороб системи кровообігу	0,31	>0,05
8	Смертністю населення від злоякісних новоутворень та смертністю від хронічних неспецифічних захворювань легень	-0,48	<0,05
9	Смертністю від злоякісних новоутворень та забезпеченістю лікарями-онкологами	0,12	>0,05
10	Смертністю від злоякісних новоутворень та забезпеченістю онкологічними ліжками	0,60	<0,01
11	Первинною захворюваністю на злоякісні новоутворення та часткою хворих, у яких діагноз підтверджено морфологічно	0,14	>0,05
12	Загальною захворюваністю та часткою хворих, у яких діагноз підтверджено морфологічно	-0,09	>0,05
13	Смертністю від злоякісних новоутворень та часткою хворих, охоплених радикальним лікуванням	0,24	>0,05
14	Смертністю від злоякісних новоутворень та часткою хворих, охоплених спеціальним лікуванням	0,30	>0,05
15	Смертністю від злоякісних новоутворень та часткою хворих IV клін. групи	-0,19	>0,05
16	Летальністю до року та забезпеченістю лікарями-онкологами	-0,20	>0,05
17	Летальністю до року та числом онкологічних ліжок	-0,14	>0,05
18	Частотою абортів та смертністю від раку шийки матки	0,50	<0,05
19	Частотою абортів та смертністю від раку молочної залози	0,82	<0,001
20	Частотою абортів та первинною захворюваністю на рак шийки матки	0,19	>0,05
21	Частотою абортів та первинною захворюваністю на рак молочної залози	0,79	<0,001
22	Смертністю від раку шлунку та первинною захворюваністю на виразкову хворобу шлунку	0,20	>0,05
23	Смертністю від раку шлунку та загальною захворюваністю на виразкову хворобу шлунку	0,69	<0,001

смертністю від такої поширеної причини, як хронічні неспецифічні захворювання легень, підтверджує це припущення. Але значно сильніший зв'язок між показниками захворюваності та смертності і питомою часткою сільського населення говорить про те, що справа не лише у вадах реєстрації злоякісних новоутворень у сільській місцевості. Безсумнівно, що спосіб життя людей, умови праці та побуту, які суттєво різняться в містах і селах, є головною причиною відмінностей в показниках захворюваності та смертності.

Особливе значення має встановлений діапазон відмінностей між показниками захворюваності злоякісними новоутвореннями та смертності від них на різних територіях, особливо той факт, що чим меншою є територія, тим більшим стає діапазон відмінностей. Це свідчить про те, що в міру зменшення території набуває неповторно-

го значення конкретне сполучення багатьох чинників, які причетні до виникнення злоякісних новоутворень. Тому в плані організації боротьби зі злоякісними новоутвореннями першочергове завдання полягає не тільки у в'ясненні факторів, що сприяють їхньому виникненню та наслідкам, а в тому, щоб визначити конкретне сполучення факторів на конкретній території, що дасть змогу розробити і здійснити конкретні заходи щодо їх зменшення.

#### Висновки

На підставі сказаного вище можна зробити такі висновки: захворюваність і смертність від злоякісних новоутворень характеризується великими територіальними відмінностями, які, як правило, зростають в міру зменшення величини території.

Основною причиною цих відмінностей є, очевидно, не статевікові особливості населення і не рівень організації онкологічної допомоги, а

соціальні фактори – умови і спосіб життя людей та їхня поведінка.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у встановленні взаємозв'язків між по-

казниками роботи онкологічної служби та рівнями захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень для оцінки медичної, соціальної та економічної ефективності її діяльності.

### Список літератури

1. Балабуха О. С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных / О. С. Балабуха // Международный медицинский журнал. – 2010. – №4. – С.11–13.
2. Гайсенко А. В. Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – К: Національний інститут раку, – 111 с.
3. Смикодуб О.І. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення. / О. І. Смикодуб, Л. В. Радзівська // Онкологія, – № 2–3(3). – С. 220–226.
4. Федоренко З. Ф. Контингенти хворих на злоякісні новоутворення в Україні – оцінка повноти та якості інформації / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак // Клінічна онкологія – 2011. – № 3 (3). – С. 4–8.
5. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2010. / Atlanta: American Cancer Society. – 2010. P. 62. Available at [www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/acspc-024113.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/acspc-024113.pdf).
6. Global Health Observatory. Cancer mortality and morbidity. WHO. Available on the link [www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/cancer/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/)
7. Hensel M., Egerer G., Schneeweiss A., Goldschmidt H. Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation / M. Hensel, G. Egerer, A. Schneeweiss, H. Goldschmidt. // Annals of Oncology. – 2010. – № 13: P. 209–217.
8. Love R. R. Global cancer research initiative. / Love R. R.// Cancer Manag. Res. – 2010. – № 2. – 105 p.
9. World Health Organization Media Center. Cancer fact sheet № 297. World Health Organization. 2011. Available at [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/)

### АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ И СМЕРТНОСТЬЮ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ФАКТОРОВ, НА НИХ ВЛИЯЮЩИХ

Н.Е. Федчишин (Тернополь)

В статье приведен анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований и установлены причинно-следственные связи между факторами, влияющими на уровни данных показателей. Установлены характерные тенденции основных показателей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** причинно-следственные связи, онкологическая заболеваемость, смертность, злокачественные новообразования.

### ANALYSIS OF SOME REASONAL AND CONSEQUENT CONNECTION BETWEEN MORBIDITY AND MORTALITY FROM MALIGNANT NEOPLASMS AND THE FACTORS THAT INFLUENCE ON THEM

N. Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

In this article the analysis of morbidity and mortality rate from malignant neoplasms and established causal connection between factors that influence on level of these indicators. The characteristic tendencies of main indicators were determined.

**KEY WORDS:** causal result connections, cancer incidence, mortality rate, malignant neoplasms.

Рецензент: к. мед. н., доц. В.Л. Смірнова

В.М. ЛЕХАН, В.Г. ГІНЗБУРГ, Л.В. КРЯЧКОВА (Дніпропетровськ)

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЦІЛЬОВОЇ МОДЕЛІ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

У статті описано цільову модель хоспісної допомоги у Дніпропетровській області, розроблену на основі аналізу рішення основних задач, що покладені на паліативну/хоспісну допомогу, з урахуванням сучасних світових вимог та позитивного світового досвіду. Запропоновано дворівневу модель організації паліативної/хоспісної допомоги, що включає неспеціалізовану допомогу на первинному рівні та спеціалізований рівень, представлений допомогою, що надається у хоспісах у цілодобовому та денному стаціонарі. Визначено проблемні питання щодо організації хоспісної допомоги: потреби населення у хоспісній і паліативній допомозі, часові рамки надання спеціалізованої хоспісної допомоги, визначення команди паліативної допомоги тощо.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** паліативна допомога, хоспісна допомога, хоспіс, організація спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги.

Незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, не всі хвороби євиліковними (онкологічні захворювання в III і IV стадіях, СНІД тощо), прогресивно зростає число літніх людей зі станами, що не піддаються корекції. Все це призводить до збільшення потреб в паліативній допомозі людям з прогресуючими і невиліковними захворюваннями.

За визначенням ВООЗ, паліативна допомога – підхід, що реалізується на різних рівнях медичної та соціальної допомоги, метою якого є поліпшення якості життя хворих та членів їхніх сімей, які опинилися перед лицем загрозливого для життя захворювання. Ця мета досягається шляхом попередження і полегшення страждань, завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та купіруванню болю та інших тяжких фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки (ВООЗ, 2002) [11].

Складовою паліативної допомоги є хоспісна допомога – всебічна допомога хворому в кінці життя (найчастіше в останні 6 міс.) та людині, що вмирає. Хоспіс – медичний (медико-соціальний) заклад/відділення, де команда професіоналів надає комплексну допомогу хворому, який потребує полегшення страждання – фізичного, психосоціального і духовного, пов'язаного із захворюванням, вилікувати яке неможливо, і воно неминуче має призвести до смерті в найближчому майбутньому (3–6 міс.) [5].

Онкоепідемічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем за-

хворюваності, високою смертністю від раку, але й значною кількістю хворих, виявлених у занедбаних стадіях. Упродовж останніх років в Україні виявляється серед вперше захворілих біля 60% хворих із занедбаними станами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, 18,0% – раку шийки матки та близько 13% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США частка занедбаних стадій не перевищує 5–7%.

Щорічно в Україні помирає близько 700 тис. громадян, з них: 85% – вдома; 10% – в інших місцях; 5% – у лікарнях.

В Україні зареєстровано 160 тис. хворих на рак, помирає від злоякісних новоутворень понад 100 тис. осіб, у дискомфорті та страшних муках – 85 тис. невиліковних пацієнтів, і лише 5 тис. невиліковно хворих людей можуть знайти притулок у лікувальних закладах.

В Дніпропетровській області, як і в цілому по Україні, спостерігається збільшення захворюваності населення на злоякісні новоутворення, яка протягом 2011 р. збільшилась на 2,2% та становить 375,0 на 100 тис. жителів (366,8 у минулому році). За даними національного канцер-реєстру, з числа вперше виявлених захворювань у 2011 р. мали III та IV стадію (згідно TNM), 20,6% та 10,7% відповідно. Не прожили 1 року з встановлення діагнозу у 2010 р. 33,9% мешканців регіону. Серед первинних хворих у 2011 р. в Дніпропетровській області спеціальне лікування не отримали лише 38,4% хворих, що, безумовно, впливає на рівень виживання та летальності хворих, на потребу у паліативній та хоспісній допомозі [4].



Епідемічний процес ВІЛ-інфекції в області продовжує характеризуватися високою інтенсивністю: у 2011 р. серед громадян області клінічний діагноз ВІЛ-інфекція встановлено 3447 особам, а показник захворюваності дорівнює 103,4 проти 97,1 на 100 тис. населення (3258 осіб) у 2010 р. За даними офіційної статистики, кількість померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією, знаходиться на рівні минулого року – 1162 особи, а показник становить 34,9 на 100 тис. населення (2010 р. – 1168 померлих, при показнику 34,8) [5].

Велика поширеність невиліковних захворювань в країні та області вимагає розробки та впровадження дієвої системи хоспісної/паліативної допомоги, що має на меті надання найкращої можливої допомоги людям, які живуть з термінальними захворюваннями та помираючим від них, а також попередження і полегшення страждань і болю за допомогою надання практичної допомоги, емоційної і духовної підтримки.

В Україні система паліативної/хоспісної допомоги дотепер не створена. Є лише окремі організовані за ініціативи місцевих органів влади та/або громадських організацій спеціальні стаціонарні заклади – хоспіси. Без урахування відділень на базі закладів інших типів і благодійних організацій у 2011 р. в Україні функціонувало 6 лікарень «Хоспіс» з 260 ліжками. Адекватний обсяг паліативної допомоги в різних ЗОЗ України надається на 523 ліжках, тобто задовольняє лише 0,05% від реальної потреби [5].

Умови для радикальної зміни ситуації склалися лише після прийняття в 2011 р. змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, де спеціальна стаття присвячена паліативній допомозі та визначено, що одним із закладів охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу, є хоспіс.

Зроблено певні кроки в напрямку наукового обґрунтування організації паліативної та хоспісної медицини. Експерти Всеукраїнської Асоціації паліативної допомоги та Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів разом з фахівцями ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини» за підтримки МОЗ України розробили проєкт Концепції та Заходів Державної цільової соціальної програми розвитку хоспісної та паліативної допомоги в Україні на період до 2014 р. У рамках підготовки та розробки цієї програми досліджено стан розвитку паліативної допомоги в Україні з метою фінансових розрахунків та фінансово-економічного обґрунтування кошторису для втілення програми. Попередні результати дослідження засвідчили, що тільки 10% тих, хто її потребує, мають доступ до паліативної допомоги в Україні, існує нагальна потреба у збільшенні кількості стаціонарних ліжок [1;5].

Декілька наукових досліджень (Д.Д. Дячук, 2003; Є.Й. Москвяк, 2007) присвячені питанням опрацювання організації паліативної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії, основною ланкою якої є спеціалізований заклад для невиліковних хворих – хоспіс, основну увагу приділено роботі закладу паліативної медицини [2;3]. Водночас організації паліативної та хоспісної допомоги регіонального рівня присвячено недостатньо досліджень, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

**З метою** розробки цільової моделі хоспісної допомоги у Дніпропетровській області, проведено системний аналіз існуючих проблем та визначено шляхи їх розв'язання для забезпечення надання пацієнтам, які наближаються до кінця життя, та їхнім близьким доступної та якісної хоспісної допомоги з урахуванням задоволення індивідуальних потреб і вибору кожного пацієнта.

**Матеріали і методи.** Робота проведена на підставі аналізу виконання системою охорони здоров'я основних завдань, що покладаються на паліативну/хоспісну допомогу з урахуванням сучасних світових вимог та міжнародного досвіду.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Цільова модель хоспісної допомоги у Дніпропетровській області передбачає реалізацію дворівневої хоспісної допомоги:

- перший – неспеціалізована допомога, яка надається переважно структурами первинної медико-санітарної допомоги і передбачає забезпечення за показаннями переважно пацієнтів з онкологічною патологією знеболюванням;
- другий – спеціалізована допомога, яка надається в хоспісах у цілодобовому або денному стаціонарі.

Визначення контингенту, що потребує спеціалізованої хоспісної/паліативної допомоги, традиційно передбачає, що спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги потребують переважно хворі з поширеними формами раку. Водночас у багатьох пацієнтів із загрозливими для життя захворюваннями (зокрема з хронічними неврологічними, серцевими, цереброваскулярними, легeneвими або нирковими захворюваннями, ВІЛ/СНІДом) у фінальній стадії перебіг захворювання характеризується такою симптоматикою, що вони також потребують спеціалізованої паліативної допомоги [8;9]. Переважна більшість цих пацієнтів страждають від болю, задухи та інших фізичних симптомів або в міру прогресування захворювання їм потрібна психосоціальна і духовна підтримка.

На першому етапі реалізації проєкту передбачається переважно надання хоспісної допомоги онкологічним хворим з подальшим розширенням за рахунок хворих неонкологічного профілю.

Хворих, що можуть отримувати допомогу у хоспісах, можна розділити на три групи:

- Перша – пацієнти з симптомами нестерпного болю, яким у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть великими дозами морфіну; пацієнти з важкими побічними явищами, пов'язаними з прийомом опіатів, – нудотою, блюванням, запорами; хворі з сильною задишкою при плевритах, асцитах при двосторонніх ураженнях легень.

- Друга група хворих госпіталізується за соціальними показаннями. Це приречені ракові хворі з верифікованим діагнозом, які з певних причин не можуть перебувати вдома: самотні, із неблагополучних сімей, із сімей з дуже низькими доходами тощо.

- Третя група (не більше 5%) – хворі, які госпіталізуються в хоспіс для того, щоб дати родичам або людям, що доглядають за ними, можливість перепочити або самим пройти лікування (міжнародний термін «допомога вихідного дня» – *respite care* [12]). Термін госпіталізації таких пацієнтів звичайно обговорюється заздалегідь.

Хоспісна допомога надається «наприкінці життя». Допомога в кінці життя в широкому сенсі має на увазі надання допомоги протягом від 1 до 2 років, коли пацієнт/члени його сім'ї та медичний персонал знають про те, що захворювання призведе до смертельного результату; у вузькому сенсі – надання всебічної допомоги помираючим пацієнтам в останні кілька годин або днів життя. В Україні доцільно обмежити часові рамки 6 місяцями.

Число пацієнтів, які потребують лікування на хоспісних ліжках, залежить від рівня захворюваності різними захворюваннями. Є розрахунки, що, як мінімум, 20% хворих на рак і 5% неонкологічних хворих в останній рік життя потребують спеціалізованої паліативної допомоги. За даними експертів, в Україні паліативної допомоги потребує близько 1,5 млн чоловік щорічно, у тому числі 480 тис. пацієнтів, решта – члени їхніх сімей, які беруть участь у догляді за термінальними хворими.

Відповідне число ліжок паліативної допомоги в регіоні залежить від рівня його демографічного і соціально-економічного розвитку. В Атласі паліативної допомоги в Європі, виданому Європейською асоціацією паліативної допомоги (ЄАПД) [7], зазначено, що число ліжок паліативної допомоги в країнах Західної Європи коливається від 10–20 (Португалія, Туреччина) до 50–75 на 1 млн населення (Швеція, Великобританія, Ірландія, Люксембург). У Казахстані встановлено нормативну кількість паліативних ліжок в кількості 30 ліжок на 400 тис. населення або 75 ліжок на 1 млн населення.

За розрахунками, проведеними в Європі, потреба в ліжках для паліативної та хоспісної

допомоги становить 80–100 ліжок на 1 млн населення з урахуванням потреби в допомозі пацієнтів з неонкологічними захворюваннями. Якщо враховувати лише потребу в ліжках для хворих онкологічного профілю, то необхідну кількість ліжок становить 50 на 1 млн населення.

В додатку до наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» наведено формулу розрахунку потреби населення у паліативній допомозі. При розрахунку потреби у паліативній допомозі визначаються категорії пацієнтів, які її потребують, та кількість померлих за цими категоріями: онкологічні хворі в термінальній стадії, особи старечого віку, пацієнти з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, СНІДом тощо. Враховуючи те, що подібна інформація відсутня у даних офіційної звітності, для проведення подібних розрахунків потрібно проведення спеціального дослідження. До отримання відповідних результатів проектом розбудови хоспісної допомоги, що реалізується на Дніпропетровщині, передбачається поступове нарощування кількості хоспісних ліжок з досягненням до 2014 р. забезпеченості ними 50 ліжок на 1 млн населення.

Основною формою організації служби спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги у Дніпропетровській області планується створення самостійних закладів – лікарень «Хоспіс». У разі неможливості відкриття лікарні «Хоспіс» у складі багатопрофільних лікарень або онкологічних диспансерів можуть створюватися відділення «Хоспіс».

Джерелами фінансування хоспісу можуть бути бюджетні кошти, кошти благодійних товариств, добровільні пожертвування громадян і організацій, а також інші джерела, не заборонені законодавчими актами України. Структура хоспісу будь-якої організаційної форми, як свідчать фактичні дані, отримані в інших країнах, повинна включати стаціонар (цілодобовий і денний) і виїзну службу.

На першому етапі створення системи хоспісної допомоги у Дніпропетровській області планується організація стаціонарної складової.

За даними ЄАПД оптимальним за розміром є стаціонарний хоспіс/підрозділ потужністю 8–12 ліжок, отже при цьому буде потрібно до 5 таких відділень на 1 млн населення [13;14]. В Росії оптимальною потужністю хоспісу вважається 30 ліжок, в Казахстані – 15–45 ліжок. Водночас є приклади організації значно потужніших структур. Так, хоспіс Святого Іоанна в Лейквуді, штат Колорадо, США, обслуговує до 200 осіб одночасно. Враховуючи міжнародний досвід та особливості регіонального контексту, у Дніпропет-

ровській області планується створення стаціонарних хоспісів різної організаційної форми потужністю 15–30 ліжок.

Приміщення стаціонару повинні бути організовані таким чином, щоб забезпечувати безпеку і комфорт, надавати можливість для приватних бесід і усамітнення [6]. По можливості стаціонар повинен мати вихід у двір, власну територію і окремих в'їзд /виїзд. У стаціонарі хоспісу має бути створена домашня атмосфера, всі приміщення повинні бути обладнані для людей з обмеженими можливостями.

Доцільно обладнання одномісних і двомісних палат із загальною чисельністю ліжок не менше восьми. У хоспісі також повинні бути обладнані кімнати для надання соціальної та терапевтичної допомоги. У кожній палаті має бути ванна кімната. Необхідно передбачити наявність приміщення, де могли б залишитися на ніч родичі пацієнтів. Бажано, щоб були створені кімнати для прощання з померлими і медитації та каплиця або молитовна кімната (для представників усіх конфесій).

Виходячи з таких вимог, розбудова стаціонарної хоспісної допомоги на Дніпропетровщині передбачає здійснення заходів, спрямованих на пристосування архітектурно-планувальних рішень будівель закладів охорони здоров'я та їх функціональної організації для забезпечення можливості надання ефективної хоспісної допомоги.

Наступний етап реалізації цільової моделі хоспісної допомоги в регіоні передбачає створення денних стаціонарів та виїзних служб.

Денний стаціонар або денний хоспіс – підрозділ в хоспісі будь-якої організаційної форми, де пацієнтам надається переважно соціальна допомога, а також можливість реалізувати свої творчі можливості за допомогою участі в різних заходах в денний час за межами їх звичної обстановки. Основна мета соціальної та терапевтичної допомоги, що надається в денному хоспісі, – позбавити пацієнта від соціальної ізоляції, а також зменшити навантаження на родичів і людей, що доглядають за пацієнтом.

Для організації обслуговування за показаннями пацієнтів вдома організовується виїзне відділення, що складається з виїзної бригади (виїзних бригад). Кількість бригад визначається наявними обсягом роботи.

Команда для надання паліативної допомоги вдома здійснює спеціалізовану паліативну допомогу пацієнтам вдома і підтримку членів їхніх сімей та осіб, які здійснюють догляд вдома у пацієнта. Члени команди також проводять консультування фахівців та лікарів загальної практики, сімейних лікарів та медсестер, які здійсню-

ють лікування та догляд за пацієнтом в домашніх умовах. Найчастіше команда паліативної допомоги вдома має консультативні функції і здійснює наставництво, використовує свій досвід в сфері терапії болю, купірування симптомів, паліативної допомоги та психосоціальної підтримки.

За даними ЄОПД, в основну команду паліативної допомоги повинні входити, як мінімум, лікарі та медичні сестри, які мають спеціальну підготовку. За можливості до складу команди включаються психологи, соціальні працівники та фізіотерапевти. У складі основної команди можуть бути й інші фахівці, але частіше вони залучаються по мірі необхідності.

У роботі служб спеціалізованої паліативної допомоги повинні брати участь волонтери. Для ефективного виконання своєї ролі партнера при наданні допомоги необхідно, щоб волонтери були підготовлені і здійснювали роботу під керівництвом фахівця. У міждисциплінарній команді волонтери не замінюють нікого з членів команди, але доповнюють їх роботу.

Штати хоспісів в різних країнах дуже відрізняються. Наприклад, в Казахстані, де нормативи увібрали в себе досвід аналогічних структур у країнах Європи та Північної Америки, посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку одна посада лікаря-терапевта на 15 ліжок; лікаря-онколога на 30 ліжок; лікаря-психотерапевта одна на заклад. Посади медичних сестер (палатних) встановлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 5 ліжок та додатково 1 пост на 2–3 апалічних ліжка для коматозних хворих. Посади процедурної медсестри встановлюються з розрахунку 1 посада в кожному відділенні і 2 посади на виїзну бригаду (хоспіс вдома). Посада перев'язувальної медсестри встановлюється в кожному відділенні. Посади лікарів виїзного відділення (хоспіс вдома) встановлюються з розрахунку на бригаду: лікар-терапевт – 1 посада; лікар-онколог – 1 посада.

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної медицини, число медичних сестер має становити не менше 1,2 на одного пацієнта/ліжка. У хоспісі цілодобово повинен працювати лікар, який має спеціалізацію з паліативної допомоги. У забезпеченні допомоги повинні брати участь працівники служб психосоціальної і духовної підтримки, а також волонтери. У денному хоспісі в години відвідування хворими повинні працювати дві медсестри, з розрахунку не менше однієї медсестри зі спеціалізацією з паліативної допомоги на кожні сім щоденних відвідувачів.

В Україні затверджені настільки жорсткі нормативи, які не дозволяють приділити достатню увагу пацієнтам в термінальних станах: посади

лікарів-терапевтів установлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок; посади лікарів-психотерапевтів або психологів – 1 посада на 25 ліжок. Посади медичних сестер (палатних) установлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 15 ліжок. Посади медичних сестер з дієтичного харчування, процедурних та перев'язувальних встановлюються з розрахунку по 1 посаді на 50 ліжок. У приймальному відділенні встановлюється 1 посада медичної сестри. Тому для забезпечення функціонування регіональної цільової моделі хоспісної допомоги необхідна актуалізація існуючих штатних нормативів під завдання та функції, що покладаються на хоспіси на сучасному етапі розвитку хоспісної допомоги.

### Висновки

Обґрунтовано, що в якості цільової моделі організації паліативної/хоспісної допомоги в Дніпропетровській області найбільш оптимальною є дворівнева модель, яка включає неспеціалізовану допомогу первинної ланки та спеціалізований рівень, представлений допомогою,

що надається в хоспісах у цілодобовому або денному стаціонарі. Хоспіс може бути самостійним закладом або структурним підрозділом загальнопрофільних чи спеціалізованих лікарень. Структура хоспісу на першому етапі буде включати цілодобовий стаціонар, на наступних етапах планується її розширення за рахунок денного стаціонару та виїзної служби.

Проведений аналіз показав, що для розбудови системи хоспісної допомоги у Дніпропетровській області необхідне вирішення низки проблемних питань, що стосуються часових рамок надання спеціалізованої хоспісної допомоги; визначення оптимальної кількості хоспісів, що задовольнять потреби населення у паліативній допомозі, їх потужності, навантаження, кадрового та фінансового забезпечення.

**Перспективи подальших досліджень** у цьому напрямку передбачають проведення спеціальних досліджень щодо визначення потреби населення області у паліативній та хоспісній допомозі.

### Список літератури

1. *Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні* / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.] // *Право на медичну допомогу в Україні* – 2008. Харківська правозахисна група. – Х. : Права людини, 2009. – С. 224–266.
2. *Дячук Д. Д.* Наукове обґрунтування організації паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Д. Д. Дячук. – К., 2003. – 18 с.
3. *Москвяк Є. Й.* Медико-соціальне обґрунтування створення закладів паліативної медицини: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Є. Й. Москвяк. – К., 2007. – 28 с.
4. *Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* / Федоренко З. П., Гайсенко А. В., Гулак Л. О. [та ін.]; за ред. І. Б. Щепотіна // *Бюл. нац. канцер-реєстру України № 13*. – К. : Національний інститут раку, 2012. – Попередня версія [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/PDF/titul.pdf>. – Назва з екрану.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік* / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 438 с.
6. *A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice* / F. D. Ferris, H. M. Balfour, K. Bowen [et al.] // *J. Pain Symptom Manage.* – 2002. – Vol. 24. – P. 106–123.
7. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe* / C. Centeno, D. Clark, T. Lynch [et al.]. – Houston : IAHPC Press, 2007 – 340 p.
8. *Illness trajectories and palliative care* / S. A. Murray, M. Kendall, K. Boyd, A. Sheikh // *BMJ*. – 2005. – Vol. 330. – P. 1007–1011.
9. *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age* / Lynn J., Adamson D. M. – Arlington, VA: Rand Health Cooperation, 2003. – 23 p.
10. *Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Kooperatives integriertes Versorgungskonzept, 2005.* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.mags.nrw.de/08\\_PDF/002/konzeptpalliativ.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzeptpalliativ.pdf) (last accessed 08/09/2009). – Title from screen.
11. *Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.* WHO Definition of Palliative Care. – WHO, 2007. [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. – Title from screen.
12. *Respite in palliative care: a review and discussion of the literature* / C. Ingleton, S. Payne, M. Nolan, I. Carey // *Palliat Med.* – 2003. – Vol. 17. – P. 567–575.
13. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2* // *EJPC*. – 2009. – Vol. 6. – P. 278–289.
14. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2* // *EJPC*. – 2010. – Vol. 1. – P. 22–33.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕВОЙ МОДЕЛИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*В.Н. Лехан, В.Г. Гинзбург, Л.В. Крячкова (Днепропетровск)*

В статье описана целевая модель хосписной помощи в Днепропетровской области, разработанная на основе анализа решения основных задач, возлагаемых на паллиативную/хосписную помощь, с учетом современных мировых требований и положительного международного опыта. Предложена двухуровневая модель организации паллиативной/хосписной помощи, включающая неспециализированную помощь на первичном уровне и специализированный уровень, представленный помощью, которая оказывается в хосписах в круглосуточном или дневном стационаре. Определены проблемные вопросы, касающиеся организации хосписной помощи: потребности населения в хосписной и паллиативной помощи, временные рамки оказания специализированной хосписной помощи, определение команды паллиативной помощи и др.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** паллиативная помощь, хосписная помощь, хоспис, организация специализированной паллиативной/хосписной помощи.

**MEDICAL AND SOCIAL SUBSTANTIATION OF THE TARGET MODEL HOSPICE CARE IN THE DNEPROPETROVSK REGION**

*V.M. Lekhan, V.G. Ginzburg, L.V. Kryachkova (Dnepropetrovsk)*

The article describes the target model of hospice care in the Dnepropetrovsk region, developed on the basis of analysis to solve main tasks assigned to palliative/hospice care with current international requirements and good international experience. Proposed a two-level model of palliative / hospice care, which includes non-specialized care in primary care and specialized level presented assistance provided in hospices around the clock or day care. Identify problem questions concerning the organization of hospice care: the needs of the population in hospice and palliative care, the time frame for specialized hospice care, the definition of palliative care teams and others.

**KEY WORDS:** palliative care, hospice care, hospice, organization palliative/hospice care.

*Рецензент: к.мед.н. М.В. Шевченко*

С.О. ЛИННИК, Н.П. КРИЗИНА, Г.Я. ПАРХОМЕНКО (Київ)

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проаналізовано стан системи охорони здоров'я України; визначено ряд основних проблем та показано можливі шляхи їх вирішення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** система охорони здоров'я, управління, проблеми, шляхи подолання.

Діяльність галузі охорони здоров'я на сучасному етапі спрямована на реалізацію положень Конституції і законів України про забезпечення доступної та кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, реалізацію завдань, визначених у Програмі економічних реформ на 2011–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [2] у розділі «Підвищення стандартів життя» та підрозділі «Реформа медичного обслуговування». Метою системи охорони здоров'я (СОЗ) є: поліпшення здоров'я населення; забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості, про що зазначалося у Щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України «Модернізація України – наш стратегічний вибір», а також у численних дорученнях Глави держави та Кабінету Міністрів України.

За даними ВООЗ, якість СОЗ країни не завжди залежить від її розмірів, чисельності населення та стану економіки. Не існує також універсальної рекомендації з організації охорони здоров'я, яка могла б забезпечити успіх і процвітання всім державам. Більшість успішних у цьому відношенні країн використовують власні, іноді унікальні, розробки та ідеї. У світі існують такі спільні проблеми СОЗ:

- старіння населення, що призводить до збільшення навантаження на СОЗ;
- структура захворюваності – збільшується кількість хронічних та інфекційних захворювань, зменшується число гострих захворювань;
- безробіття, яке призводить до зменшення фінансових надходжень у фонди соціального страхування;
- впровадження новітніх технологій, що також веде до підвищення витрат;
- зростання вимог пацієнтів до якості медичної допомоги (ЯМД).

Система охорони здоров'я України поступається більшості європейських, близькосхідних та латиноамериканських держав. Вона ґрунтується на принципах системи Семашка (загальнодоступність, безкоштовність медичного обслуговування, профілактика соціально значущих захворювань, якісне медичне обслуговування, тісна взаємодія медичної науки і практики та єдності пропаганди здорового способу життя (ЗСЖ), лікування і реабілітації). Як показав час, вона виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічної моделі суспільства й розвитку економіки. Крім того, незважаючи на безумовні переваги, можливі лише за належного фінансування галузі та в умовах адміністративно-командної системи, ця модель з самого початку мала ряд вад, які без адаптації до зміни економічної ситуації в країні суттєво загострились.

**Мета роботи:** встановити проблеми розвитку національної системи охорони здоров'я та визначити можливі шляхи їх усунення.

**Матеріали і методи:** ситуаційний аналіз сучасної системи охорони здоров'я на базі даних наукової літератури та даних моніторингу діяльності системи охорони здоров'я.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході виконання роботи встановлені проблеми сучасної національної СОЗ та визначені можливі шляхи їх подолання.

### 1. Відсутність реакції на зміну ринково-економічної ситуації в країні

За період існування незалежної України у СОЗ продовжує використовуватися командно-адміністративний підхід до управління, без можливості гнучкого принципу прийняття управлінського рішення на місцях залежно від потреб громади, який полягає в тому, що:

- немає самостійності СОЗ щодо прийняття управлінських і фінансових рішень;
- фактично немає впливу громадськості (як професійного самоврядування, так і громадсь-

кості в цілому) на вироблення і прийняття політичних та управлінських рішень щодо забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я;

– немає чіткого розмежування між платником і постачальником медичних послуг та договірних відносин між ними;

– неефективність політики децентралізації: немає чіткого розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

### 2. Недоліки кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я

Наразі продовжує використовуватися архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах, виходячи із жорстких штатних нормативів.

Слід зазначити, що низька оплата праці та недостатній соціальний захист медичних працівників заохочують останніх до тіньової оплати пацієнтами послуг медичного персоналу.

### 3. Диспропорція у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я

До погіршення ЯМД спонукає те, що кошти між ЗОЗ розподіляються відповідно до радянських підходів: залежно від ресурсних показників (кількість ліжок, число штатних посад тощо), що зумовлює їхній екстенсивний розвиток – орієнтацію на кількість, а не на якість. Кошторисне фінансування ЗОЗ призводить до відсутності мотиваційних механізмів керівництва ЗОЗ щодо поліпшення якості діяльності та ефективного використання фінансів.

Комерціалізація підприємств у поєднанні з відсутністю ефективних механізмів державного регулювання СОЗ зруйнувала систему профілактики професійних захворювань і захворювань, пов'язаних з екологічними проблемами.

### 4. Деформація фармацевтичного сектору

Залежність вітчизняної фармацевтичної галузі від імпорту сировини призвела до різкого спаду виробництва вітчизняної фармацевтичної продукції і тим самим – до руйнації системи гарантованого забезпечення ліками, навіть у стаціонарах.

Система охорони здоров'я України донедавна належала до невиробничих сфер народного господарства, а незнання її вартості було чи не найголовнішою методологічною причиною економічної неефективності. Для досягнення оптимальної економічної діяльності діють закони попиту і пропозиції. Попит завжди є обернено пропорційним відносно ціни. Основою закону попиту є принцип максимального задоволення потреб споживача. Максимальне задоволення потреби в товарах та його зниження у міру насичення залежить від величини доходу споживача. Якщо перенести ці закони на медичну допомогу, то виходить, що чим вищий рівень асигнувань на

медичну допомогу, тим більше буде можливостей задовольнити потреби пацієнта [1;6;11].

Основними проблемами сучасної СОЗ України є:

– зосередженість на проблемах галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;

– недостатність обсягів фінансування з громадських джерел;

– неефективне використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

– недостатня прозорість і справедливість, зумовлені значними масштабами розвитку неофіційних платежів.

Сьогодні Україна виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я, тому СОЗ повністю контролюється державою. Управління та координація її діяльності забезпечується МОЗ України через МОЗ АР Крим, яке є складовою Уряду Автономії, 24 управління охорони здоров'я обласних, а також управління охорони здоров'я Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, які, будучи структурними підрозділами вказаних місцевих адміністрацій, за функціональним принципом водночас підпорядковуються МОЗ України [8].

До організаційної структури СОЗ України належать:

– на національному рівні – МОЗ України, що є головним органом у системі органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я, та ЗОЗ державної власності, які належать до сфери його управління;

– на регіональному рівні – МОЗ АР Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, що відповідають за забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, і передані їм в управління рішеннями вищих органів державної влади та районними чи обласними радами (тобто рішеннями органів самоврядування) ЗОЗ відповідно державної власності та ЗОЗ, які перебувають у спільній власності територіальних громад (республіканські АР Крим та ОЛ, діагностичні центри тощо);

– на районному (субрегіональному) та місцевому (комунальному) рівнях – районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (ради) та належні їм по праву комунальної власності ЗОЗ сільських районів, міст, районів у містах, селищ та сіл, до функцій яких входить безпосереднє надання медико-санітарної допомоги населенню.

Важливе місце у забезпеченні галузі охорони здоров'я посідають:

• Міністерство фінансів, яке відповідальне перед Кабінетом Міністрів за підготовку проекту Державного бюджету, що далі подається на за-

твердження Парламенту. Воно визначає вимоги щодо порядку складання та виконання кошторисів бюджетних установ, до категорії яких належать й державні та комунальні ЗОЗ.

- МО, МВС, СБУ, Міністерство інфраструктури України, які мають свої медико-санітарні частини, що забезпечують медичними послугами певні категорії службовців та членів їхніх сімей, а також Державна пенітенціарна система, яка є відповідальною за організацію медичних і профілактичних послуг у своїх установах.

- Міністерство соціальної політики, що відповідає за забезпечення медичного обслуговування громадян, які перебувають у підпорядкованих йому будинках-інтернатах (пансіонатах), а також забезпечує державний нагляд за діяльністю фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Недосконалість і неадаптованість організаційно-управлінських механізмів до реалій життя призвела до наступних наслідків.

1. Недосконалість структурно-організаційної системи галузі. В Україні, крім СОЗ, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств, які фінансуються з Державного бюджету. Наявність відомчих СОЗ призводить до підтримки дублюючих один одного потужностей медичних установ і, відповідно, до неефективного використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

2. Нераціональне використання наявних ресурсів:

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, що проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території; це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території [3];

- відсутність системи маршруту пацієнта з боку лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, ЛЗП/СЛ); пацієнти, як правило, самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань у медичній галузі, а з іншого – зумовлює надмірний та здебільшого необґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію;

- відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності, що призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання;

- відсутність системи чіткого розподілу первинної й вторинної ланок медичної допомоги.

3. Низький рівень доступності якісних послуг з охорони здоров'я:

- диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України;

- відсутність безпосереднього зв'язку, заснованого на принципах постатейного кошторису фінансування громадських медичних закладів з обсягами та якістю наданих послуг; кошти виділяються на медичну бюджетну установу згідно зі статтями кошторису доходів та витрат, які формуються залежно від штатного розпису, ліжкового фонду, вартості комунальних платежів та інших прямо не пов'язаних з видами, обсягом та якістю медичних послуг, витрат.

4. Низька якість кадрового забезпечення СОЗ:

- відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості та обсягу наданих послуг, у підвищенні своєї кваліфікації;

- негативний кадровий баланс: постаріння працівників (старої школи – більш кваліфікованих) галузі; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів.

Підготовка лікарів і середнього медичного персоналу в Україні – прерогатива держави, яка повинна була б жорстко регламентувати процес підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я і регулювати чисельність відповідних спеціалістів для задоволення потреб у них всієї мережі охорони здоров'я. Але відомо, що значна кількість випускників ВМНЗ змушені заробляти на життя поза медициною. Виникає сумнів щодо спроможності держави регулювати кадрову політику галузі. Таким чином, непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації ЗОЗ, атестації медичного персоналу у поєднанні з повільним, а інколи неохочим впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.

5. Недосконалість та неадаптованість вітчизняної системи охорони здоров'я особливо гостро відобразилась на громадській охороні здоров'я:

- пріоритетність програм, спрямованих на забезпечення медичної складової галузі, і відсутність ефективних механізмів реалізації політики громадської охорони здоров'я;

- нестача кадрового забезпечення громадської складової;

- слабка координація та механізм міжсекторальної співпраці.

Системний аналіз основних законодавчих, нормативно-правових актів та урядових рішень дає підстави стверджувати, що стратегією державного управління галуззю є подолання гострих структурних диспропорцій в охороні здоров'я й використання внутрішньосистемних джерел еко-



номії з метою забезпечення відповідного рівня соціальних гарантій для населення [5;7;8;10].

Виходячи з цього та беручи до уваги проголошений вищим керівництвом держави стратегічний курс на європейську інтеграцію, основними принципами організації СОЗ в Україні мають стати: справедливість; солідарність; орієнтованість на поліпшення справедливості потреб населення; орієнтованість та поліпшення ЯМД; результативність; ефективність; участь громадськості у формуванні політики охорони здоров'я.

Для цього необхідно змінити державну політику галузі охорони здоров'я заради поліпшення здоров'я і збереження життя населення, враховуючи вітчизняні особливості (ментальні, історичні, географічні тощо).

Враховуючи стратегічне значення СОЗ для розвитку економіки України, зміцнення безпеки держави та поліпшення здоров'я населення, а також зважаючи на необхідність вжиття невідкладних заходів щодо комплексного вирішення проблем даної галузі, необхідно впровадити такі механізми: фінансово-економічні, організаційно-управлінські, нормативно-правові та механізми оптимізації діяльності громадської охорони здоров'я [4].

Організаційно-управлінські механізми СОЗ у поєднанні з фінансово-економічними є базовою основою для забезпечення ефективної діяльності галузі.

В Україні немає системи розмежування ЗОЗ, в яких надається медична допомога різних рівнів. Це має організаційні та економічні наслідки, які негативно впливають на ЯМД. Відсутність розмежування закладів різних рівнів та безконтрольне звернення населення до закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, призвело до необґрунтовано високої долі надання населенню висококваліфікованої та високоартісної медичної допомоги.

Воно полягає, передусім, у чіткому розмежуванні первинного, вторинного та третинного рівня медичної допомоги.

Формування первинного рівня медичної допомоги має передбачати створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді АЗП/СМ.

Формування вторинного рівня медичної допомоги повинно передбачати об'єднання мережі медичних закладів (поліклінік і стаціонарів), які надаватимуть лікарську медичну допомогу, у разі виникнення потреби у спеціалізованих методах діагностики, лікування, реабілітації та використання складних медичних технологій.

При цьому обсяги вторинної медичної допомоги мають визначатися клінічними протоколами діагностики і лікування, затвердженими МОЗ України. У разі відсутності клінічного протоколу обсяг діагностичних і лікувальних послуг ви-

значається за медичними показаннями відповідно до загальноприйнятих підходів.

Формування третинного рівня медичної допомоги повинно здійснюватись ОЛ та клініками НДІ, які надають високоспеціалізовану та високотехнологічну медичну допомогу; може бути також передбачене створення університетських клінік шляхом об'єднання вищенаведених закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства.

Підвищення якості в охороні здоров'я: забезпечення якості лікування та задоволення потреб пацієнтів щодо медичного обслуговування, яке має здійснюватись у двох напрямках:

- оцінка якості (експертиза, аудит, моніторинг, контроль, соціологічні дослідження);

- забезпечення підвищення якості (нормативно-правове, матеріально-технічне, фінансове, кадрове, організаційно-управлінське, інформаційне, мотиваційне).

Забезпечення оцінки якості медичної допомоги:

- запровадження системи проведення регулярних соціологічних досліджень за допомогою об'єктивних стандартизованих методик;

- проведення регулярного клінічного аудиту: систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

Забезпечення підвищення якості медичної допомоги:

- посилення ролі Громадської ради МОЗ України через забезпечення активного залучення її до аналітичної роботи щодо задоволення населення результатами;

- запровадження формулярної системи лікарських засобів та розробленої МОЗ України методики її моніторингу та оцінки якості;

- забезпечення розробки нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією та дотриманням цих стандартів;

- запровадження системи диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та системи контрактних державних закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) і платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги;

- створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здо-

ров'я (у т.ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які застосовуються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю (незалежна експертиза) якості;

- посилення мотиваційних механізмів підвищення якості надання послуг, зокрема посилення заходів соціального захисту працівників СОЗ, насамперед на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо); підвищення рівня заробітної плати; запровадження стимулюючої системи оплати за профілактичну діяльність тощо.

Удосконалення системи кадрового забезпечення СОЗ та поліпшення соціального захисту медичних працівників:

- запровадження системи прогнозування потреби у спеціалістах, що повинно здійснюватись на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного виходу кадрів;

- збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів (особливо первинної ланки та лікарів для сільської місцевості) за державним замовленням;

- запровадження системи укладання угод зі студентами, що навчаються за державним замовленням, з тим, щоб гарантувати обов'язковість відпрацювання ними не менше трьох років за направленням або відшкодуванням витрачених на їхню освіту коштів;

- забезпечення підготовки і перепідготовки випереджаючими темпами ЛЗП/СЛ, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою;

- забезпечення підготовки професійних управлінських кадрів з урахуванням передового світового досвіду;

- запровадження системи диференціації розміру оплати праці медичних і фармацевтичних працівників залежно від рівня їхньої кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи;

- надання щорічної матеріальної допомоги медичним працівникам на оздоровлення у розмірі місячного посадового окладу;

- запровадження підвищення пенсій медичним працівникам, які мають безперервний стаж роботи у державних і комунальних СОЗ понад 25 років;

- створення фонду службових квартир для медичних працівників, особливо первинної ланки;

- розробка наукової програми для додипломного та післядипломного навчання медичних

працівників будь-якої спеціальності, а також менеджерів охорони здоров'я з питань ЗСЖ, професійних ризиків медичної діяльності та профілактики їх негативного впливу;

- розробка програми щодо економічного і морального заохочення медичних працівників з урахуванням характеру професійних ризиків, навантаження, кваліфікації, тривалості роботи;

- підвищення відповідальності керівників СОЗ за стан здоров'я та організацію надання медичної допомоги співробітникам;

- запровадження системи загальної диспансеризації медичних працівників як «групи ризику» щодо виникнення психосоматичних захворювань із систематичним проведенням превентивного лікування за бюджетні кошти за місцем роботи;

- запровадження СОЗ та медичної допомоги співробітникам медичної галузі, яка б забезпечувала доступність медичної допомоги працівникам охорони здоров'я та їхнім найближчим родичам.

### Висновки

Проведений аналіз свідчить, що СОЗ України потребує негайного реформування і вироблення державної програми щодо подальшого розвитку власної, адаптованої до історичних, політичних, економічних, демографічних, географічних тощо умов, моделі вітчизняної охорони здоров'я і має носити комплексний міжгалузевий підхід, заснований на єдиній державній волі щодо шляхів реформування.

Для поліпшення діяльності вітчизняної сфери охорони здоров'я необхідно реалізувати такі кроки.

1. Вдосконалення законодавчого забезпечення СОЗ:

- з метою забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні визначити базовий пакет надання медичних послуг, гарантованих державою, що в подальшому стане базовим для запровадження медичного страхування;

- з метою забезпечення законодавчої захищеності прав пацієнтів і медичних працівників в Україні прийняти Закон України «Про захист прав пацієнта»;

- з метою посилення ефективності механізмів реалізації чинного законодавства запровадити систему моніторингу якості та належного виконання нормативно-правових актів, які регламентують діяльність СОЗ;

- з метою комплексного врегулювання всіх аспектів нормативно-правової бази СОЗ створити базовий документ – Кодекс законів України про охорону здоров'я.

2. Посилення ресурсного забезпечення СОЗ:

- запровадити механізми інноваційного фінансування СОЗ шляхом введення механізму цільового використання акцизних зборів на

шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) на потреби охорони здоров'я;

- з метою вдосконалення процедури державного забезпечення населення України базовим пакетом лікарських препаратів створити Державний реєстр цін на лікарські засоби; на державному рівні запровадити систему фіксування цін на низку найбільш соціально важливих лікарських засобів з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво;

- з метою підвищення ефективності використання видатків на СОЗ впровадити систему моніторингу, яка б оцінювала ефективність державних видатків з точки зору якісних наслідків для здоров'я суспільства, а не за даними статистики звернень до медичних закладів чи тривалості перебування на стаціонарному лікуванні;

- сприяти розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм: побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм тощо.

3. Стимулювання розвитку добровільного медичного страхування:

- з метою забезпечення принципу багатоканальності фінансування СОЗ сприяти подальшому розвитку добровільного медичного страхування, лікарняних кас; більш широко використовувати ресурси приватних медичних закладів;

- з метою стимулювання застосування системи офіційних співоплат населення в процесі медичного обслуговування встановити пільги з оподаткування прибутковим податком для тих, хто користується приватними медичними послугами;

- з метою відпрацювання системи підвищення ЯМД, цілеспрямованого і контрольованого використання коштів сприяти подальшому розвитку лікарняних кас, залученню до них підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності; при цьому підприємства можуть сплачувати частину внесків чи повний їхній розмір за своїх співробітників;

- з метою більш широкого використання добровільного медичного страхування, зниження цін на його послуги запровадити механізми фінансування страховими компаніями профілактичних заходів щодо зниження ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення і тим самим скорочення кількості страхових випадків.

4. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я:

- з метою посилення громадського контролю, побудови двостороннього зв'язку між державою, СОЗ і громадянським суспільством у царині охорони здоров'я посилити роль Громадської ради МОЗ України шляхом активного її залучен-

ня до аналітичної роботи щодо вивчення впливу механізмів реформування на діяльність СОЗ, задоволення населення результатами реформування; забезпечення фахової громадської експертизи галузевого законодавства тощо;

- з метою забезпечення якості, безпеки та ефективності лікарських засобів і раціонального їх використання широко запровадити формулярну систему лікарських засобів та розроблену МОЗ України методику її моніторингу та оцінки якості;

- забезпечити розробку нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією та дотриманням цих стандартів;

- з метою підвищення ефективності використання ресурсів у СОЗ запровадити систему диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та систему контрактних державних закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги;

- створити програму безперервного підвищення ЯМД (у т.ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які застосовуються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю (незалежна експертиза) якості.

- посилити мотиваційні механізми підвищення ЯМД, зокрема посилити заходи соціального захисту працівників СОЗ, передусім на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо); підвищити рівень заробітної плати; запровадити стимулюючу систему оплати за профілактичну діяльність тощо.

5. Підвищення якості кадрового забезпечення СОЗ:

- з метою усунення диспропорції в кадровому забезпеченні СОЗ запровадити систему прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

- забезпечити підготовку і перепідготовку випереджаючими темпами ЛЗП/СЛ, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою.

6. Створення національної моделі охорони здоров'я

З метою пошуку найбільш оптимальної для України національної моделі охорони здоров'я, діяльність та інфраструктура якої відповідатимуть потребам населення, та враховуючи географічні, історичні та культурні особливості України, слід забезпечити:

– проведення поточного та ретроспективного аналізу елементів сучасних світових моделей охорони здоров'я, які показали свою ефективність;

– оптимізація системи збору та аналізу статистичних даних, зокрема узгодження порядку надання та обігу інформації між МОЗ, Регіональ-

ними центрами медичної статистики та Держкомстатом;

– запровадження системи оцінки якості надання медичних послуг кінцевому споживачу та ефективного зворотного зв'язку задля розроблення науково та економічно обґрунтованих механізмів реформування вітчизняної СОЗ. У сучасних умовах для цього слід використовувати економічні фактори, які мають ґрунтуватися на поєднанні економічної зацікавленості ЗОЗ різних рівнів у наданні медичної допомоги в межах єдиного медичного простору, з одного боку, і зацікавленості громадян України в отриманні ними необхідної медичної допомоги безпосередньо за місцем проживання – з іншого.

### Список літератури

1. Ведунг Е. Оцінювання державної політики і програм : [навч. посібн.] / Е. Ведунг ; пер. з англ. В. В. Шульга. – К. : Всесвіт, 2003. – 350 с.
2. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : Програма економічних реформ на 2010–2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>: – Назва з екрану.
3. *Інформація про соціально-економічну інформацію в галузі охорони здоров'я* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pr-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja>. – Назва з екрану.
4. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.
5. *Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр.* : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 10 січн. 2002 р. № 14. – К. : МОЗ України, 2002. – 86 с.
6. *Нагорна А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
7. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* : Закон України від 19.11.1992 р. № 801-IX (з наступними змінами та доповненнями) // ВВР. – 1993. – № 4 (26 січ.). – С. 19.
8. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* : спільний звіт / В. М. Лехан, В. М. Рудий; Світовий банк; Європ. коміс.; Швед. агентство з міжнар. розвитку ; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 167 с.
9. *Основные документы Всемирной Организации Здравоохранения.* – Женева, 2009. – 261 с.
10. *Стратегія державної політики з покращення громадського здоров'я в Україні в умовах перебудови галузі* / Л. І. Жаліло, І. М. Солоненко, О. В. Кугурцев [та ін.] // Матеріали наук-практ. семінару [«Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні»], (Київ, 11–12 бер. 2002 р.). – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – С. 186–190.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

*С.О. Линник, Н.П. Кризина, Г.Я. Пархоменко (Киев)*

Проанализировано состояние системы здравоохранения Украины; определен ряд основных проблем и показаны возможные пути их решения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **система здравоохранения, управление, проблемы, пути их решения.**

### MODERN PROBLEMS OF HEALTH CARE NATIONAL SYSTEM MANAGEMENT AND WAY OF THEIR OVERCOMING

*S.O. Lynnyk, N.P. Kryzyna, G.Ya. Parkhomenko (Kyiv)*

The state of health care system of Ukraine has been analysed, number of the basic problems and possible ways of their decision have been determined.

KEY WORDS: **health care system, management, problems, ways of overcoming.**

*Рецензент: д.мед.н., доц. О.В. Любінець*

Н.А. ХАДЖИНОВА (Київ)

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ ДИТЯЧИХ САНАТОРІЇВ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОФІЛЮ, ПІДПОРЯДКОВАНИХ МОЗ УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

Наведено статистичні дані щодо захворюваності дитячого населення України на туберкульоз та організації їх санаторно-курортного лікування.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** діти, туберкульоз, санаторно-курортне лікування.

Незважаючи на тенденцію до зниження показників захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні все ще залишається складною. В Україні щорічно виявляється понад 30 тис. хворих на туберкульоз, до 3,5% з яких становлять діти [1-5].

В умовах високого рівня поширеності туберкульозу в Україні забезпечення дітей протитуберкульозним лікуванням в умовах санаторію набуває все більшої актуальності [4].

**Мета** роботи: вивчити рівні захворюваності на туберкульоз і поширеності даної патології серед дітей та організацію їм санаторно-курортного лікування.

**Матеріали і методи:** статистичний – вивчалися дані галузевої статистики за 2007–2011

роки та оперативного контролю діяльності дитячих санаторіїв протитуберкульозного профілю.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчено дані щодо рівнів захворюваності та поширеності туберкульозу у дітей за 2007 та 2011 рр. (табл. 1).

Відповідно до статистичних показників здоров'я населення та дітей до 17 років з 2007 р. по 2011 р. показник захворюваності, кількості хворих на всі активні форми туберкульозу, не дивлячись на стабілізацію показників, залишається на високому рівні. У зв'язку з цим одним з пріоритетних напрямків роботи з організації охорони здоров'я є організація якісного лікування, у тому числі санаторно-курортного етапу. Дані про структуру пролікованих хворих за місцем лікування наведено в табл. 2.

Таблиця 1. Захворюваність, поширеність та інвалідизація дитячого населення внаслідок туберкульозу за 2007 і 2011 рр.

Показник	2007 рік		2011 рік	
	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
Захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед дітей віком 0–17 років включно	1242	14,7	981	12,1
Кількість хворих на вперше діагностований туберкульоз серед дітей віком 0–17 років включно в Україні	1224	14,3	937	11,7
Кількість хворих на туберкульоз, які знаходяться на обліку в протитуберкульозних закладах України	498643	1073,1	460 219	1009,3
Контингент хворих на всі форми активного туберкульозу	93195	200,6	70725	155,1
Контингент дитячого населення віком 0–17 років включно, хворого на всі форми активного туберкульозу	1783	20,9	1 136	14,2
Показники первинної інвалідності внаслідок туберкульозу	7703	2,9	6665	2,4

Із наведених в табл. 2 даних видно, що серед вперше виявлених хворих структура пролікованих в 2010 р. та 2011 р. за місцем лікування практично не змінилася. Найбільша частка була про-

лікована в лікарнях (82,8% та 82,1% відповідно), до 5% лікується в денних стаціонарах та в межах 10% проходить санаторно-курортне лікування. Із загальної кількості хворих у 2011 р. порівняно з 2010 р. частка тих, хто отримав стаціонарне лікування, збільшилася на 5,4% і склала

Таблиця 2. Лікарняна та санаторна допомога хворим на туберкульоз у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України

Кількість пролікованих хворих із числа вперше виявлених хворих на туберкульоз (I та III категорії обліку), %						Кількість пролікованих хворих із числа хворих на всі форми активного туберкульоз до середньорічної їх кількості, %					
2010			2011			2010			2011		
у лікарнях	у денних стаціонарах	у санаторіях	у лікарнях	у денних стаціонарах	у санаторіях	у лікарнях	у денних стаціонарах	у санаторіях	у лікарнях	у денних стаціонарах	у санаторіях
82,8	4,6	10,8	82,1	4,8	9,9	69,0	3,9	7,3	74,4	4,3	7,6

74,4%. Частина тих, хто отримав санаторно-курортне лікування, залишається практично незмінною – в межах 7%.

Розглянемо організацію санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз. Мережа санаторно-курортних закладів системи охорони здоров'я забезпечує санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз всіх вікових груп. Це санаторно-курортні заклади, які утримуються за рахунок державного бюджету та підпорядковані МОЗ України, та санаторії, що підпорядковані МОЗ АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних (міських) держадміністрацій та утримуються за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Підпорядковані МОЗ санаторії працюють на виконання законів України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про охорону дитинства" та "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", утримуються відповідно до ст. 87 Бюджетного кодексу України за рахунок бюджетних коштів, фінансуються відповідно до бюджетних програм "Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей та підлітків з соматичними захворюваннями".

За 2011 р. заплановані показники санаторіями МОЗ для лікування хворих на туберкульоз виконано по загальному фонду в середньому на 97,6%, проліковано 50 021 хворого (у 2010 р. 48299 осіб), з урахуванням спеціального фонду – 53136 хворих.

При організації санаторно-курортного лікування хворих безоплатними путівками забезпечується пільгова категорія: хворі діти із числа дітей-сиріт, напівсиріт, діти, позбавлені батьківського піклування, діти-інваліди та інваліди по захворюванню на туберкульоз, діти, постраждалі внаслідок Чорнобильської катастрофи, діти військовослужбовців та працівників правоохоронних органів, які загинули під час виконання службових обов'язків, діти загиблих шахтарів, діти з малозабезпечених та багатодітних сімей. Путівки до спеціалізованих дитячих санаторіїв видаються в плановому порядку відповідно до черги санаторно-курортною відбірковою комісією ЗОЗ за місцем диспансерного нагляду дітей.

З метою забезпечення стабільної роботи санаторіїв, доступного та пропорційного забезпе-

чення хворих санаторним лікуванням протягом року щорічно планується розподіл місць та поточний ремонт. У 2011 р. направлення хворих в санаторії МОЗ була організовано відповідно до впровадженого наказу від 29.12.2010 № 1174 "Про затвердження структури ліжкового фонду спеціалізованих (спеціальних) санаторіїв МОЗ туберкульозного профілю та планів розподілу місць в них на 2011 рік". Цим наказом врахована потреба органів охорони здоров'я у кількості місць в санаторіях МОЗ для лікування хворих на туберкульоз, регламентована кількість місць, які виділяються на Міністерство АР Крим та управління охорони здоров'я помісячно, що дає змогу пропорційного забезпечення хворих санаторно-курортним лікуванням, а також покращання доступності хворих до нього.

Наказом від 20.12.2011 р. № 940 "Про затвердження Плану розподілу місць в спеціалізованих (спеціальних) санаторіях МОЗ України на 2012 рік" регламентована аналогічна організація лікування хворих в санаторіях.

Міністерством постійно регулюється питання раціонального використання природних лікувальних ресурсів санаторіями відповідно до потреб хворих з метою підвищення доступності хворих до санаторно-курортного лікування шляхом розширення потужностей ліжкового фонду відповідно до показників стану здоров'я дітей.

У зв'язку із реорганізацією державного закладу "Спеціалізований (спеціальний) санаторій "Ірпінь" регламентовано роботу зазначеного закладу в умовах його реорганізації (переведення 100 ліжок у склад санаторіїв "Спеціалізований (спеціальний) санаторій "Старий Крим" та "Спеціалізований (спеціальний) санаторій "Долоси" Міністерства охорони здоров'я України") наказом МОЗ від 29.04.2011 № 246 "Про удосконалення відбору та санаторного лікування хворих в державному закладі "Спеціалізований (спеціальний) санаторій "Ірпінь" Міністерства охорони здоров'я України".

Разом з тим Міністерство впроваджує заходи щодо якісного використання ліжкового фонду наявних санаторіїв.

Міністерством контролюється використання путівок санаторіїв МОЗ органами управління охороною здоров'я, що впроваджено наказом

від 07.07.2009 № 488 “Про створення постійно-діючої комісії з контролю за ефективним використанням санаторних путівок в санаторних закладах МОЗ України” із змінами, шляхом щоквартального аналізу інформації з санаторіїв та областей щодо направлених хворих за показаннями на лікування відповідно до кількості виділених путівок до територіальних управлінь охорони здоров'я, а також щодо направлення пільгової категорії хворих, які знаходяться на диспансерному обліку і потребують санаторно-курортного лікування.

З метою удосконалення якості санаторно-курортної допомоги впроваджуються нові методи лікування та діагностики, особлива увага приділяється співпраці санаторно-курортних закладів МОЗ з науково-дослідними інститутами, кафедрами медичних університетів. Всі санаторії МОЗ мають та розширюють взаємодію з профільними установами. Медичний персонал постійно працює над підвищенням свого професійного та кваліфікаційного рівня, займається науково-практичною роботою, освоює нові методи лікування та діагностики.

До санаторних закладів МОЗ України протитуберкульозного профілю для дорослих протягом 2011 р. поступило на санаторно-курортне лікування 20562 хворих на туберкульоз та осіб з груп ризику.

У спеціалізованих (спеціальних) санаторіях протитуберкульозного профілю для дорослого населення отримують санаторне лікування хворі 5 категорії з неактивною формою перебігу туберкульозу (групи 5.1, 5.2 контингентів протитуберкульозних диспансерів) із супутньою патологією відповідно до спеціалізації санаторіїв. Для лікування активних форм туберкульозу органів дихання у дорослих визначений санаторій “Старий Крим” та санаторій “Барвінок”. Санаторій ім. А.П. Чехова призначений також і для лікування працівників протитуберкульозних закладів.

Із загальною кількістю пролікованих хворі пільгових категорій складають 3511 осіб, що становить 17,8%, з них інваліди по загальному захворюванню – 1805 (51,4% від загальної кількості пільгових категорій хворих), інваліди по туберкульозу – 715 (20,3%), інваліди ВВВ – 77 (2,1%), постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС – 167 (4,7%), учасники Афганської війни – 155 (4,4%), інші – 592 осіб (17,1%).

Водночас ще має місце недостатнє використання путівок, які направляються до органів управління охороною здоров'я, хоча показники використання путівок з року в рік мають позитивну динаміку: недоїзд хворих складає 17,7% (порівняно з 2010 р. – 17,9%, з 2009 р. – 18,5%, з 2008 р. – 21,4%).

МОЗ України підпорядковано 11 спеціалізованих (спеціальних) санаторіїв та 2 відділення

(в санаторіях “Зелена гірка” та “Хаджибей”) протитуберкульозного профілю для лікування дітей з туберкульозом органів дихання, позалегенових форм туберкульозу, кістково-суглобового туберкульозу, органів зору. Всього за 2011 р. проліковано 29459 дітей, хворих на туберкульоз.

У дитячих санаторіях МОЗ протитуберкульозного профілю, за даними санаторіїв МОЗ, протягом 2011 р. проліковано 15474 дитини пільгових категорій, що становить 52,5% від загальної кількості пролікованих, з них діти-сироти – 1480 (9,5% від кількості пролікованих дітей пільгових категорій), діти-інваліди – 1769 (11,4%), діти з багатодітних сімей – 2099 (13,5%), діти з малозабезпечених сімей – 5389 (34,8%), діти, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС, – 697 (4,5%), з дитячих будинків-інтернатів – 900 дітей (4,9%).

Використання бюджетних коштів в зазначених санаторіях також має тенденцію до покращання: згідно з планом, затвердженим наказом МОЗ України від 29.12.2010 № 1174, не використано біля 22,8% (у 2010 р. не використано путівок на 23,2%), що свідчить про стабільну роботу з тенденцією до покращання санаторно-курортних комісій в областях та покращання організації їх роботи.

Укомплектованість фізичними особами у санаторіях протитуберкульозного профілю не відповідає наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», що впливає на якість лікування.

Запорукою високої якості надання медичної допомоги є наявність відповідної категорії фахівців. Із загальної кількості лікарів, які працюють у протитуберкульозних санаторіях, атестаційну категорію мають 64,0%, з них 36,5% – вищу категорію, 20,8% – першу категорію, 6,7% – другу категорію, без категорії працюють 36,0% спеціалістів.

Середній медичний персонал у протитуберкульозних санаторіях атестовано на 62,0%, з них вищу категорію мають 38,9%, першу категорію – 14,9%, другу категорію – 8,2%, без категорії працюють 38,0% працівників.

На підставі проведеного аналізу переважна більшість лікарів та середнього медичного персоналу пройшли передатестаційну підготовку і має відповідну атестаційну категорію, решта мають об'єктивні підстави: відсутність необхідного стажу роботи, сімейний стан, похилий вік.

Недостатня кількість педагогічних працівників не дозволяє забезпечити необхідною увагою хворих дітей в кількості, що відповідає плановій потужності закладу. На сьогодні кількість дітей на одного вихователя санаторію перевищує норму майже удвічі. Це погіршує якість виховної роботи з дітьми та догляд за ними, що призводить до різних непередбачуваних ситуацій.

### Висновки

Таким чином, основними напрямками удосконалення організації санаторно-курортного лікування у закладах протитуберкульозного профілю слід визначити покращання контролю за використанням бюджетних коштів як показник покращання роботи органів управління охороною здоров'я, що, у свою чергу, підвищить

доступність санаторно-курортного лікування та кількість пролікованих; підвищення якості санаторно-курортної допомоги шляхом впровадження нових технологій та методик лікування.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з якістю санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз.

### Список літератури

1. Дудіна О. О. Динаміка здоров'я дитячого населення України / О. О. Дудіна, Г. Я. Пархоменко // Совр. педиатрия. – 2011. – № 5 (39). – С. 37–39.
2. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році : підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. першого заступника Міністра охорони здоров'я О. В. Аніщенко. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.
3. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2010 / за ред. І. М. Ємця, Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 163 с.
4. Ципко М. І. Деякі аспекти захворюваності на туберкульоз / М. І. Ципко, О. В. Розум, І. В. Плотніков // Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. [«Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи»], (м. Житомир, 10–11 листоп. 2011 р.) / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир : Полісся, 2011. – С. 363–364.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТІ ДЕТСКИХ САНАТОРИВ ПРОТИВТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОФІЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В ВЕДЕННІ МЗ УКРАЇНИ

*Н.А. Хаджинова (Київ)*

Приведены статистические данные относительно заболеваемости детского населения Украины туберкулезом и организации их санаторно-курортного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **дети, туберкулез, санаторно-курортное лечение.**

### CHARACTERISTICS OF CHILDREN'S SANATORIUM ANTITUBERCULOUS PROFILE ACTIVITY SUBORDINATED TO THE MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE

*N.A. Hadzhynova (Kyiv)*

The statistical data on morbidity of children's population in Ukraine by TB and organization of their sanatorium treatment have been presented.

KEY WORDS: **children, tuberculosis, sanatorium treatment.**

*Рецензент: к.мед.н., доц. Г.К. Северин*



УДК 614.2

Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

На основі опитування 214 керівників охорони здоров'я різного ґатунку підведені підсумки щодо їхньої управлінської діяльності з виходом на кінцевий результат – якість і ефективність медичної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** управління охороною здоров'я, керівник медичного закладу, якість управління.

Вивчення управлінської діяльності в системі охорони здоров'я свідчить про наявність цілового ряду проблем.

Не враховується роль соціально-психологічного клімату в колективах як одна з важливих характеристик цього колективу і ефективності його діяльності. Вивчення свідчить, що в колективах з великою кількістю працівників високий рівень конфліктності. В умовах нездорового соціально-психологічного клімату стираються межі між формальним і неформальним спілкуванням, зростає питома частка негативних форм поведінки, випадків замкненості і пасивності [3].

Відмічено пониження задоволення від праці, різко падають показники задоволення якістю медичної допомоги [4].

В діяльності головних лікарів переважає господарча робота.

Часто праця керівника над директивними документами зводиться до ознайомлення з ними та визначення адресата подальшої передачі.

Своєчасне реагування і прийняття управлінських рішень складає не більше третини випадків, як і контроль за їх виконанням.

Існує велика кількість планів і програм [7].

**Мета дослідження:** дати оцінку ефективності управлінської діяльності керівників охорони здоров'я.

**Матеріали і методи дослідження:** опитано 214 керівників охорони здоров'я різного ґатунку, оброблено результати їх опитування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз усіх цих планів і програм, “комплексних планів, заходів та розвитку...” свідчить про те, що більшість заходів постійно дублюється. Більшість заходів носять формальний декларативний характер типу “прискорити”, “покращити”, “добитись”, “провести”, “забезпечити”, “здійснити” тощо.

Відсутня в плануванні комплексність, адресність, конкретність, розрахунок очікуваної ефективності, особливо економічної.

Особливо низьким є рівень профілактичної роботи серед населення та розчарованості в медицині. Серед причин цього явища недостатня задоволеність якістю надання медичної допомоги, відсутність необхідної мотивації здоров'я, низький рівень загальної культури.

Опитування пацієнтів показало, що 49,3% з них не довіряють лікарям, не виконують їхніх призначень і приписів, не ходять до лікарів під час хвороби, не кажучи вже про відвідування з профілактичною метою. 52,4% займаються самолікуванням, 40,2% не проходять медичних оглядів. Водночас погіршується суб'єктивна оцінка здоров'я. Так вважають себе здоровими лише 20,6% опитаних, 80% відмічають після роботи втомленість, 59,8% – роздратованість, 51% – головні болі та нездужання.

Багато головних лікарів не здатні сприймати наукові розробки і необхідність впровадження новацій в систему охорони здоров'я. Тому часто-густо спостерігаємо явище, коли провідник забезпечується схемами планів роботи, зразковими наказами, програмами організації і розповсюдження передового досвіду, а практичної віддачі від усього цього немає.

Важливою ланкою діяльності керівника будь-якого рангу є прийняття управлінських рішень. Від ступеня обґрунтованості цих рішень залежать результати праці виробничого колективу.

Світова практика прийняття управлінських рішень в різних організаціях збагатилась новими підходами, спрямованими на підвищення ефективності діяльності провідників.

Особливе розповсюдження отримав системний підхід, згідно з яким соціальна організація – це система, яка включає декілька взаємопов'язаних і взаємозалежних підсистем, які забезпечують її функціонування. Водночас, кожна з підсистем може розглядатися як певна система. Важливо підкреслити, що всяка соціальна організація належить до відкритої системи, яка динамічно пов'язана з оточуючим середовищем. Згідно з методикою системного підходу визна-

чається комплекс послідовних етапів аналізу і вирішення проблеми.

Наразі управлінське рішення оцінюється на підставі певних критеріїв. До них відносяться: наукова обґрунтованість, спрямованість на мету, визначення шляхів і засобів досягнення мети, визначення порядку взаємодії підрозділів, директивність, кратність і чіткість формулювання рішення, своєчасність, адресність, терміни виконання, контроль за виконанням. Якщо з допомогою експертних оцінок вивчити відповідність цим критеріям сучасних рішень в системі охорони здоров'я, то можна відмітити такі результати. Наукова обґрунтованість присутня в 60,2% випадків, посилення на певну мету – у 80%, контроль виконання – 78,4%, терміни виконання – 90,4%, директивність – 70%, чітке формулювання – 59,2%, своєчасність – 60,2%, адресність – 90,5%. Взаємодія підрозділів присутня лише в 10,5%, що свідчить про низьку школу менеджменту. Звісно, різним провідникам властиві індивідуальні особливості пошуку і знаходження рішення та індивідуальний характер впливу особистісного фактору на стан справ у їхніх колективах.

При спостереженні за прийняттям рішень керівниками з високою здібністю до управлінської роботи відмічено таке: відразу після отримання директиви вони вивчають обстановку, збирають необхідну інформацію, аналізують її, чітко визначають завдання, переходять до всебічного розгляду альтернатив, враховуючи при цьому певні критерії ефективності рішення. Після цього обирали варіант, який отримав

найвищу оцінку, віддавали розпорядження, кому і які заходи здійснити, організовували виконання, тобто добивались доведення розпоряджень до логічного кінця.

Альтернативна група провідників з низькою здатністю до управлінської роботи оцінок обстановки практично не проводила. Ці керівники не робили спроб розробити конкретну програму діяльності підлеглих, інформацію від підлеглих не просили. Команди давали загального характеру, типу "до виконання".

Різниця між обома групами керівників є дуже великою. Врешті решт вона відбивається на результатах медичної діяльності, призводячи в першому випадку до їх поліпшення, в другому – до погіршення. Так, для прикладу, можна привести такі результати: в першій групі провідників, де їм властива висока активність і рівень управлінських рішень, питома частка хворих злоякісними новоутвореннями, виявлених в запущеній стадії, коливалась від 9,0 до 15,1%, в той час як в другій групі ця частка знаходилась в межах від 18,1 до 25,4%.

Аналогічні дані можна навести і по інших важливих показниках здоров'я населення.

**Висновки.** Завдання полягає в підвищенні ефективності управлінських рішень, особливо на їх чіткому формулюванні, своєчасності і адресності та контролю за виконанням.

**Перспективи подальшого дослідження** полягають у вивченні альтернативної групи провідників до управлінської роботи з оцінкою їхньої здатності до розробки конкретної програми діяльності підлеглих.

### Список літератури

1. *Канюка Г. С.* Психологічні основи успішності управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.05 / Галина Степанівна Канюка. – К., 2002. – 255 с.
2. *Карамішев Д. В.* Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія / Д. В. Карамішев – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2006. – 304 с.
3. *Карамішев Д. В.* Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах / Д. В. Карамішев, Н. М. Удовиченко // Державне будівництво. – 2008. – № 1. – С. 96-109.
4. *Лехан В. М.* Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1-2(9-10). – С. 71-74.
5. *Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва, [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 99-101.*
6. *Медведовська Н. Б.* Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. Б. Медведовська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 34-47.
7. *Слабкий Г. О.* Сучасний портрет керівника закладу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 44-49.
8. *Туленков М. В.* Концептуальні засади організації сучасного менеджменту: монографія / М. В. Туленков – К.: «Аспект-Поліграф», Ніжин, 2006. – 312 с.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Н.Я. Панчишин, В.Л. Смирнова (Тернополь)*

На основании опроса 214 руководителей здравоохранения разного рода подведены итоги по их управленческой деятельности с выходом на конечный результат – качество и эффективность медицинской помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** управление здравоохранением, руководитель медицинского учреждения, качество управления.

**EVALUATION OF MANAGEMENT EFFECTIVENESS IN HEALTH CARE SYSTEM**

*N. Panchyshyn, V. Smirnova (Ternopil)*

Based on survey of 214 health care managers in various denominations has been summarized in relation to their management with receiving of the final result – the quality and efficiency of medical care.

**KEY WORDS:** management of public health, director of medical institution, quality of management.

*Рецензент:* к.мед.н., доц. Теренда н.О.

Ж.М. ЗОЛОТАРЬОВА (Івано-Франківськ)

## ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ І ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ОБСЛУГОВУЄ ІНКУРАБЕЛЬНИХ ТА ВАЖКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Стаття присвячена вивченню професійних і психоемоційних характеристик медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів. Опитано 211 медичних працівників, які надають паліативну допомогу на базі різних закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська. Встановлено, що значна частка (20-40%) опитаних медичних працівників не володіють достатніми знаннями, не розуміють терміну «паліативна допомога», не знають цільових груп її надання, ключових постачальників тощо. Це засвідчує необхідність спеціальної підготовки, спеціалізації та удосконалення професійних знань і навичок медичного персоналу, який працює в сфері паліативної допомоги. Крім того, значне поширення синдрому емоційного вигорання (у більш ніж половини медичного персоналу, який обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів) демонструє потребу включення у вказані навчальні програми антистресових тренінгів психоемоційного розвантаження та реабілітації.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** паліативна допомога, медичний персонал, синдром емоційного вигорання.

Паліативна допомога (ПД) – це підхід, який дозволяє підтримати якість життя інкурабельних хворих та членів їхніх родин, максимально полегшити фізичні і моральні страждання, зберегти людську гідність пацієнта на порозі неминучого [1;2].

За даними ВООЗ, близько 60% хворих в термінальній стадії потребують паліативної допомоги [1;2]. Саме тому, серйозні виклики, що постали перед світовими системами охорони здоров'я, створили величезну потребу в наданні цього виду допомоги. Внаслідок постаріння населення більшості країн світу зросли і надалі зростатимуть рівні хронічних захворювань (онкопатології, дегенеративних уражень опорно-рухового апарату, периферійної та центральної нервової систем, тяжких серцево-судинних захворювань та інших некурабельних станів), яким в термінальній стадії необхідна паліативна чи хоспісна допомога [2-5]. В нашій державі, крім цього, значними темпами зростає захворюваність на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію [5].

У результаті майже 500 тисяч українських пацієнтів щорічно потребують паліативної допомоги. А з урахуванням членів родини хворого (одного чи двох), які доглядають за ним, необхідність у вказаному виді допомоги зростає до близько 1,5 мільйонів осіб щороку [2].

Однак паліативна та хоспісна допомога в Україні знаходиться ще на стадії становлення, а тому вимагає наукового обґрунтування. Особливо гостро стоїть питання кадрового забезпечення [6]. На жаль, у нас практично відсутня цілеспрямова-

на система підготовки та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників, які працюють в сфері паліативної допомоги. В номенклатурі лікарських спеціальностей національного МОЗ у переліку фахів, які підлягають первинній та вторинній спеціалізації, такої лікарської спеціальності, як «Паліативна допомога», немає [7].

Крім цього, більшість наукових досліджень з цього питання підкреслюють, що діяльність медичних працівників у цій сфері супроводжується значним фізичним та психологічним навантаженням, підвищеною стресогенністю, внаслідок чого може розвинути синдром емоційного вигорання (СЕВ). Згаданий синдром ВООЗ визнаний проблемою, яка вимагає медичного втручання, а в МКХ-10 отримав шифр Z73.0 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» [1;8].

**Мета дослідження:** вивчити деякі професійні та психоемоційні характеристики медичного персоналу, який працює з інкурабельними та важкохворими пацієнтами, їх потребу в отриманні спеціальних знань та навичок з паліативної допомоги, рівень поінформованості з питань ПД, визначити поширеність серед них синдрому емоційного вигорання (СЕВ) та запропонувати шляхи їх корекції.

**Матеріали і методи.** За спеціально розробленою програмою опитано 211 осіб медичного персоналу, які працюють з важкохворими та інкурабельними хворими, з них 93 лікарі, решта – середній медичний персонал. Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська (обласний онкологічний диспансер, хоспіс, обласна клінічна лікарня, цент-

ральна міська клінічна лікарня, обласний центр СНІДу). Синдром емоційного вигорання оцінювався за методикою В. В. Бойка [9] як: не сформований, середнього, високого чи критичного рівня.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  [10].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Незважаючи на те, що паліативна допомога в Україні знаходиться на етапі формування, для більшості опитаних медичних працівників – (83,4±2,6)% – термін «паліативна допомога» виявився відомим, і це є позитивним моментом. Однак майже п'ята частина – (16,6±2,6)% – респондентів взагалі його не знають. Це виключно жінки, серед яких (20,5±3,1)% вказали, що не розуміють згаданий термін, а серед респондентів чоловічої статі таких зовсім не було ( $p < 0,01$ ). Більш характерна відсутність знань про ПД для

медичних працівників, які постійно проживають у сільській місцевості, де відповідна частка сягала третини опитаних (34,6±6,6% проти 10,7±2,5% міських мешканців, ( $p < 0,001$ )). Крім того, (34,1±3,3)% медичного персоналу, знову частіше серед сільських жителів – (51,9±6,9)% ( $p < 0,01$ ) та серед жінок – (40,4±3,8)% ( $p < 0,001$ ) – не знають достеменно, кого саме відносять до інкурабельних пацієнтів.

Як видно на рис. 1, більшість респондентів (68,0±3,3 із 100 опитаних) вочевидь недостатньо знаючи про інші контингенти населення, яким необхідний цей вид медичного обслуговування, основною цільовою групою для надання паліативної допомоги традиційно вважають онкохворих, що не відповідає сучасним науковим підходам до цієї проблеми [2;3;7]. Про решту контингентів пацієнтів, що потребують ПД, знали менше половини опитаних (рис.1). Зокрема як об'єкт ПД вказали інкурабельних хворих (48,8±3,5)% із 100 респондентів, хворих у термінальній стадії – (39,9±3,4)%, із СНІДом – (31,5±3,3)%, із важкою соматичною патологією – (27,6±3,1)%, людей похилого віку – (18,7±2,7)%.

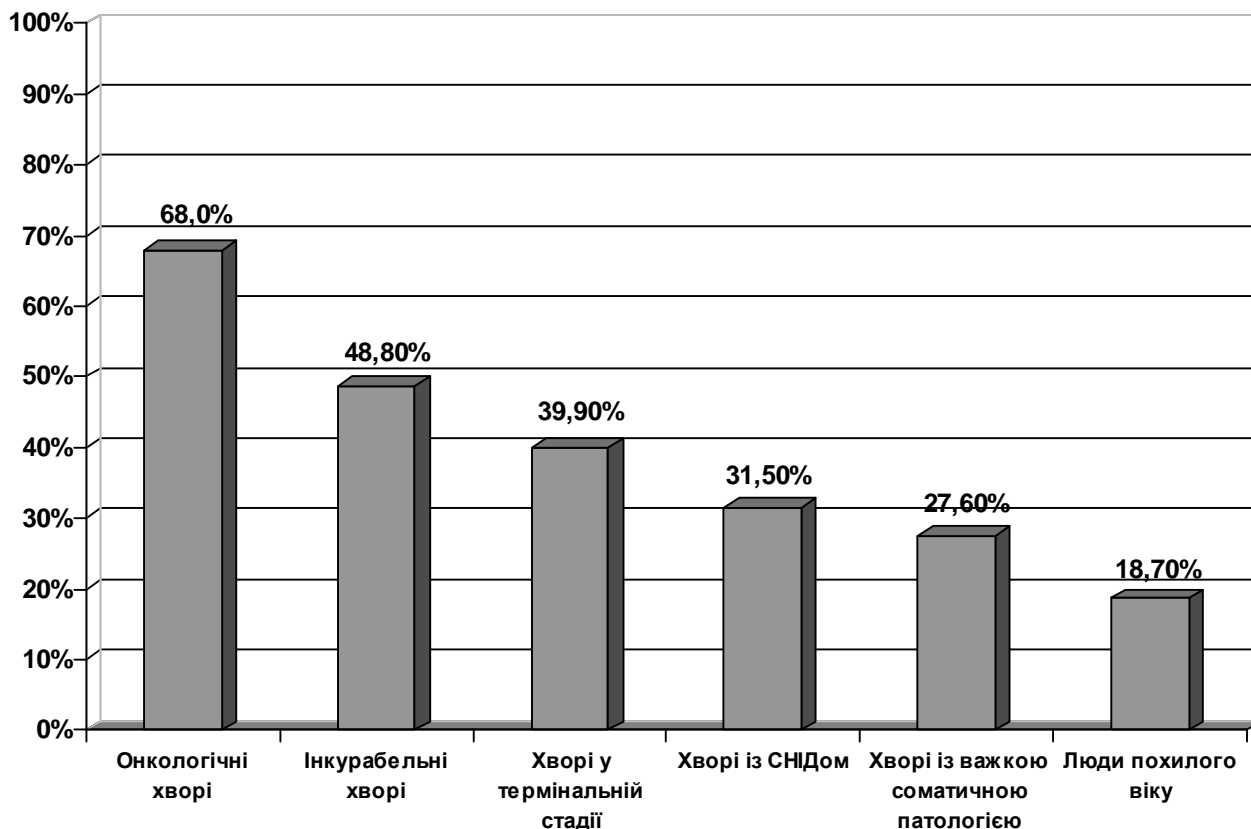


Рис. 1. Цільові групи паліативної допомоги за даними опитування медичного персоналу, що працює із важкохворими та інкурабельними пацієнтами (на 100 опитаних)

З метою вирішення всіх проблем інкурабельного пацієнта та його родини – фізичних і психологічних, міжнародні експерти з паліативної допомоги рекомендують використовувати цілісний міждисциплінарний підхід за рахунок координації всіх аспектів допомоги з боку фахівців, як медичного, так і немедичного профілів [1;2;6]. Абсолютна більшість опитаних медичних працівників – (85,2±2,5)% – поділяють цю думку щодо необхідності консолідації зусиль різних фахівців, однак вважають основними та найвагомішими поставачальниками послуг паліативної допомоги саме медиків: переважно середній (80,0±2,9)% і молодший (78,7±3,0)% медперсонал, меншою мірою лікарів-спеціалістів (70,2±3,3)%, психотерапевтів (50,0±3,8)% і загальнопрактикуючих лікарів (43,4±3,8)%. На жаль, (83,5±2,7)% опитаних визнали, що основний тягар догляду за інкурабельним хворим все-таки припадає на плечі його родини. Це вказує на гостру потребу у розбудові ПД та забезпеченні її доступності.

Досить тривожним є те, що тільки кожен четвертий (26,1±3,0)% опитаний медпрацівник, який обслуговує важкохворих та інкурабельних хворих, вважає, що володіє спеціальними знаннями з надання паліативної допомоги. Натомість більшість респондентів оцінили свої спеціальні знання як часткові (59,7±3,4)%, а (14,2±2,4)% взагалі визнали, що не мають їх.

Під час професійно орієнтованого навчання здобути необхідні для теперішньої діяльності знання і вміння мала можливість незначна, порівняно із потребою, частка опитаних медичних

працівників (рис.2): під час додипломної підготовки – (30,5±3,5)%, в інтернатурі – (11,9±2,4)%, на передатестаційних циклах (ПАЦ) – (11,3±2,4)%, спеціальних тренінгах – (8,5±2,1)%, курсах спеціалізації – (7,3±2,0)% та курсах тематичного удосконалення (ТУ) знань – (4,0±1,5)%. Наявні ж знання з ПД медичні працівники отримали, головним чином, на підставі власного досвіду – (56,5±3,7)%, а також шляхом самопідготовки та вивчення доступної їм літератури – (29,4±3,4)%. З одного боку, це свідчить про суттєвий дефіцит та безумовну гостру необхідність у спеціальних знаннях та навичках з ПД у медичного персоналу, який реально працює з інкурабельними та важкохворими пацієнтами. З іншого боку, зрозуміло, що інформація, отримана емпіричним шляхом, не обґрунтована з позицій доказової медицини, не може бути вичерпною і охоплювати всі аспекти організації ПД.

Свідченням того, що опитані медичні працівники розуміють цю проблему, може бути те, що (82,7±2,7)% респондентів відчують потребу у спеціальних знаннях та навичках. При цьому вважають, що питання з надання паліативної допомоги повинні входити в програми навчання на додипломному (39,1±3,4)% і післядипломному рівнях, зокрема під час проходження інтернатури (13,5±2,4)%, на курсах спеціалізації (30,9±3,2)%, підвищення кваліфікації (26,1±3,1)%, тематичного удосконалення (17,4±2,6)% та на спеціальних тренінгах чи семінарах (61,4±3,4)%.

Неабияке занепокоєння викликає той факт, що більше половини опитаних (57,8±3,4)% насправді

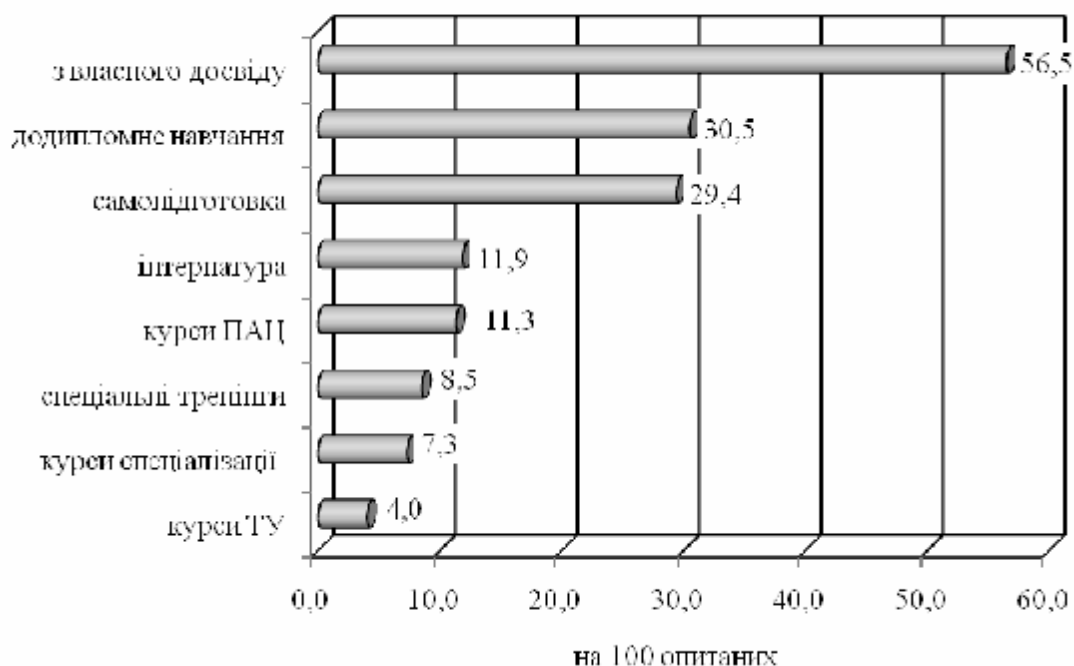


Рис. 2. Основні джерела отриманих знань та навичок опитаних медичних працівників з питань паліативної допомоги

не хотіли б працювати в цій сфері медичного обслуговування, і ще (28,0±3,1)% респондентів не можуть відповісти однозначно на таке питання. Зрозуміло, що необхідність виконувати покладені функціональні обов'язки при недостатній мотивації та бажанні негативно відбивається на результатах роботи, ставленні до пацієнтів та їхніх родичів тощо. І лише дуже незначний відсоток (14,2±2,4)% (!) опитаних медичних працівників, які фактично працюють з важкохворими та інкурабельними пацієнтами (з них серед сільських мешканців лише (3,8±2,7)% проти (17,6±3,0)% серед містян,  $p < 0,05$ ), абсолютно переконані у правильності свого професійного вибору.

Можливими причинами такої невтішної ситуації може бути те, що професійна діяльність медичного персоналу, який здійснює паліативну допомогу, супроводжується підвищеною стресогенністю, значним емоційним навантаженням, високою відповідальністю, неминучістю постійного контакту із процесами помирання і смерті, невизначеними критеріями успіху та відсутністю перспектив одужання пацієнта. Як ілюстрація – у нашому дослідженні понад половини (56,4±3,4)% опитаних медичних працівників мали ознаки синдрому емоційного вигорання, з них (38,9±3,4)% середнього рівня, (7,1±1,8)% – високого, і кожен десятий (10,4±2,1)% – критичного (рис. 3).

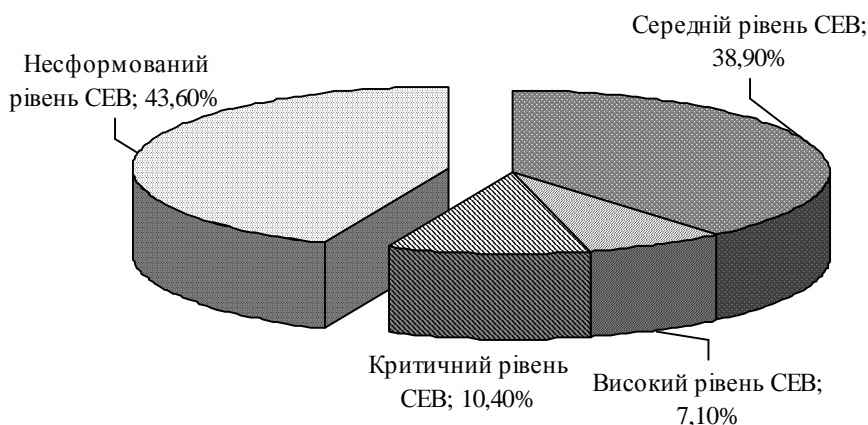


Рис. 3. Поширеність проявів синдрому емоційного вигорання серед опитаного медичного персоналу, який працює з інкурабельними та важкохворими пацієнтами

Встановлено, що ступінь сформованості вигорання залежить від рівня освіти ( $p < 0,01$ ). Так, майже дві третини (63,6%) респондентів з критичним рівнем СЕВ мали вищу освіту, в той час як серед медпрацівників із несформованим синдромом більшість (67,4%) були із середньою спеціальною освітою. Водночас, не виявлено достовірної різниці між групами порівняння (за рівнем СЕВ) за стажем роботи ( $p > 0,05$ ) та рівнем кваліфікації ( $p > 0,05$ ). Тобто очевидно саме професійна діяльність лікарів, які працюють із цим контингентом хворих, є тим чинником, що сприяє більш вираженому емоційному вигоранню. Слід зазначити, що у інших наукових дослідженнях з цього питання немає єдиної думки. Частина з них отримали більшу частоту та інтенсивність СЕВ серед середнього медичного персоналу, інші – серед лікарів [8]. Можливо, це спричинено відмінностями в організації медичного обслуговування таких контингентів хворих в різних країнах світу. У нашій державі головний тягар спілкування із інкурабельними хворими та їхніми родичами, відповідальність за наслідки прийнятих рішень головним чином належить до професійних компетенцій лікарів, що, швидше за все, спричиняє їх посилене емоційне вигорання, порівняно із середнім медичним персоналом.

Вивчення рівня матеріального добробуту показало, що за об'єктивними критеріями (середньомісячним доходом на одного члена сім'ї) особи із різним ступенем емоційного вигорання між собою майже не відрізнялися ( $p > 0,05$ ). Проте суб'єктивно респонденти з критичним рівнем СЕВ майже вдвічі частіше порівняно із респондентами без ознак емоційного вигорання оцінювали свій рівень матеріального добробуту як низький – 60,0% проти 31,5% ( $p < 0,05$ ). Тобто СЕВ, очевидно, виникає у тих медичних працівників, які психологічно сприймають себе як соціально незахищених, а свої доходи – як неадекватні їхньому соціальному статусу, рівню фізичного та психологічного напруження, що супроводжує їх професійну діяльність.

Респонденти із наявністю критичного рівня СЕВ значно частіше порівняно із медпрацівниками без ознак емоційного вигорання вважають, що стреси постійно супроводжують їхнє життя – 81,8% проти 30,4% ( $p < 0,001$ ), а отже мають об'єктивну необхідність в психологічній допомозі. Тому цілком зрозумілим є те, що потребу в такій підтримці відчуває більше третини опитаного медичного персоналу з критичним рівнем СЕВ – 36,4% проти 3,3% осіб з несформованим синдромом ( $p < 0,001$ ). Слід підкреслити, що пси-

хологічна допомога важлива ще й тому, що із поглибленням емоційного вигорання удвічі погіршуються взаємовідносини в колективах (із 56,5% доброзичливих оцінок серед медперсоналу без СЕВ до 13,6% серед респондентів із критичним його рівнем,  $p < 0,01$ ) та у сім'ях (з 59,8% до 18,2% відповідно,  $p < 0,001$ ). Однак 35,1% респондентів (з них 60,0% з високим і 50,0% з критичним рівнями емоційного вигорання) вказали, що не знають, де її отримати. Це швидше всього наслідки недосконалості організації психотерапевтичної служби, яка в Україні все ще далека від світових стандартів.

Ще одним доказом того, що професійна діяльність в сфері паліативної допомоги є достатньо специфічною і потребує особливих вимог до особистісних якостей медичних працівників є те, що самі респонденти, поряд із оволодінням спеці-

альними знаннями та навичками по догляду за інкурабельними хворими ( $71,0 \pm 3,3$ )%, визнають важливість таких рис обслуговуючого персоналу, як терпіння ( $54,3 \pm 3,4$ )%, доброта ( $53,3 \pm 3,4$ )%, співчуття ( $49,5 \pm 3,5$ )%.

Респонденти вказали також на те, що поряд з практично відсутньою політикою держави в сфері організації паліативної допомоги ( $70,3 \pm 3,4$ )% і поганим фінансуванням ( $72,0 \pm 3,3$ )%, такі чинники, як недосконалість системи спеціальної підготовки медичних працівників для обслуговування інкурабельних та важкохворих пацієнтів ( $63,2 \pm 3,6$ )%, недостатньо розвинена інтеграція та координація допомоги між різними службами у цій сфері ( $54,2 \pm 3,8$ )%, відсутність єдиних стандартів паліативної допомоги ( $50,3 \pm 3,9$ )%, є важливими факторами, які гальмують її розвиток у нашій державі (рис. 4).

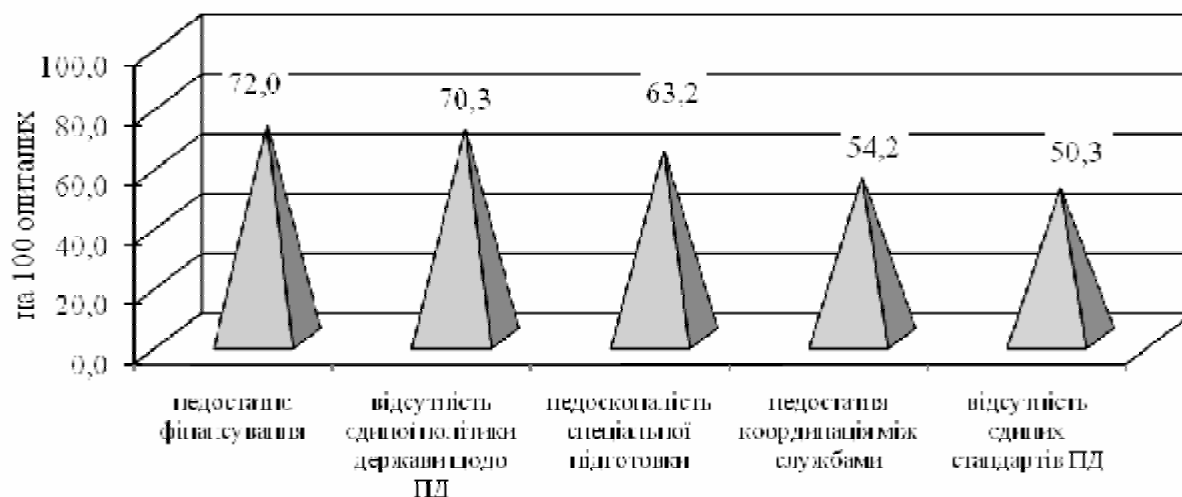


Рис. 4. Основні недоліки системи паліативної допомоги на думку респондентів

### Висновки

1. Встановлено, що значна частка (20-40%) опитаних медичних працівників, що працюють із важко та невиліковно хворими, не володіють достатніми знаннями, не розуміють терміну «паліативна допомога», не знають цільових груп її надання, ключових постачальників тощо. Це засвідчує необхідність спеціальної підготовки, спеціалізації та удосконалення професійних знань і навичок медичного персоналу, який працює в сфері паліативної допомоги.

2. Значне поширення синдрому емоційного вигорання (у більш ніж половини медичного

персоналу, який обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів) демонструє потребу включення у вказані навчальні програми антистресових тренінгів психоемоційного розвантаження та реабілітації.

### Перспективи подальших досліджень

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу, який працює в сфері паліативної допомоги.

### Список літератури

1. World Health Organization. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5) // Geneva, WHO. - 2007. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>. - Титул з екрана.
2. Губський Ю. І. Паліативна допомога: перші кроки на шляху становлення / Ю. І. Губський // Аптека. - 2009. - № 706 (36). - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/36475>. - Титул з екрана.
3. World Health Organization. Palliative Care for older people: better practices // Regional Office for Europe, WHO. - 2011. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf). - Титул з екрана.



4. *Старіюче суспільство України: запити та рішення* / В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Л. В. Єгорова [та ін.] // Проблеми старення і доглядності. – 2011. – № 2. – С. 246-251.
5. *Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 № 1164-р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%FO>.
6. *Губський Ю. І.* Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26-28.
7. *Реальність і перспективи удосконалення правового статусу та соціально-економічного захисту медичних працівників при наданні паліативної допомоги* / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, Ж. М. Золотарьова, О. Я. Сорока // Медичне право України: Проблеми паліативної допомоги та медиком-соціального обслуговування населення: Матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, (м. Львів, 22-23 квітня 2010 р.). – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 78-84.
8. *Kovacs M.* Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Hegedus // Croat. Med. J. – 2010. - # 51(5)/ - P. 432-442. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> - Титул з екрана.
9. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.* – Самара. – 2002. – С. 161- 169.
10. *Децик О. З.* Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.

### **ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОБСЛУЖИВАЮЩЕГО ИНКУРАБЕЛЬНЫХ И ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*Ж. Н. Золотарева* (Ивано-Франковск)

Статья посвящена изучению профессиональных и психоэмоциональных характеристик медицинского персонала, обслуживающего incurable and seriously ill patients. Опрошено 211 медицинских работников, предоставляющих паллиативную помощь на базе различных учреждений здравоохранения г. Ивано-Франковска. Установлено, что значительная часть (20-40%) опрошенных медицинских работников не владеют достаточными знаниями, не понимают термина «паллиативная помощь», не знают целевых групп ее предоставления, ключевых поставщиков и т. д. Это свидетельствует о необходимости специальной подготовки, специализации и усовершенствования профессиональных знаний и навыков медицинского персонала, который работает в сфере паллиативной помощи. Кроме того, значительное распространение синдрома эмоционального выгорания (у более чем половины медицинского персонала, обслуживающего incurable and seriously ill patients) демонстрирует необходимость включения в указанные учебные программы антистрессовых тренингов психоэмоциональной разгрузки и реабилитации.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** паллиативная помощь, медицинский персонал, синдром эмоционального выгорания.

### **STUDYING OF PROFESSIONAL AND PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF THE MEDICAL PERSONNEL WORKING WITH THE INCURABLE AND SERIOUSLY ILL PATIENTS**

*Zh.N. Zolotarova* (Ivano Frankivsk)

This article is devoted to studying the professional and psycho-emotional characteristics of the medical staff working with the incurable and seriously ill patients. The study involved 211 health care workers providing palliative care on the basis of various health care facilities in Ivano-Frankivsk. It is established that a significant proportion (20-40%) of those surveyed health care workers do not possess sufficient knowledge, do not understand the term "palliative care", do not know the target groups of its provision, key suppliers, etc. This demonstrates the need for special training and improvement of professional knowledge and skills of health staff working in the field of palliative care. In addition, a significant spread the word burnout (more than half of surveyed health professionals) demonstrates the need for inclusion anti-stress training of psycho-emotional relief and rehabilitation in the curricula.

**KEY WORDS:** palliative care, medical staffs, and burnout.

*Рецензент:* д. мед. н., проф. О. Г. Шульгай

В.М. ЛЕХАН, О.П. МАКСИМЕНКО (Дніпропетровськ),  
Н.О. ВЕНГРИН (Дубно)

## ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА НАВЧАЛЬНИХ ПЛАНІВ ТА ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З ВИЩОЮ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА»

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Дубенський медичний коледж

Проведено експертну оцінку навчальних планів і програм підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою за спеціальністю «Лікувальна справа». Експертами запропоновано збільшити тривалість навчання студентів з цієї спеціальності на півроку; змінити співвідношення тривалості циклів у структурі навчальних планів, збільшивши питому вагу циклів професійної та практичної підготовки та природничо-наукової підготовки; змінити співвідношення годин на аудиторну і самостійну роботу, збільшивши питому вагу годин на самостійну роботу студентів, особливо на циклі професійної та практичної підготовки. На думку експертів, необхідно скоротити або виключити окремі предмети з програми навчання, насамперед з числа загальноосвітніх.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** експертна оцінка, навчальні плани та програми, лікувальна справа, молодші спеціалісти з вищою медичною освітою, система охорони здоров'я.

У доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі «Суспільна робота на благо здоров'я» (2006 р.) вказується, що метою кадрової політики у вирішенні проблем охорони здоров'я є підготувати працівників необхідної кваліфікації, поставити їх у необхідне місце і дати відповідне завдання та при цьому вирішувати наявні проблеми і передбачати майбутні події [5].

При оцінці якості підготовки слід звернути увагу на дві складові підготовки спеціаліста – освітню і професійну. Професійна спрямованість освітньої діяльності у вищому навчальному закладі представлена у змісті освітньої програми [3].

Навчальні програми, плани і методи навчання повинні забезпечувати відповідальність студентів за результати їх навчання і готувати їх до постійного самостійного навчання протягом усього терміну їх професійної діяльності [1].

Для оцінки якості професійної медичної світи Всесвітня федерація медичної освіти (ВФМО) розробила стандарти, в яких представлені 9 областей оцінки якості та можливого поліпшення медичної освіти, з яких 2 області пов'язані з аналізом освітніх програм та атестацією навчальних програм [4].

**Метою** даного етапу дослідження була експертна оцінка навчальних планів та програм підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою за спеціальністю «Лікувальна справа».

**Матеріали і методи.** Експертна оцінка проводилась за допомогою спеціально розробленої карти «Карта експертної оцінки навчальних

планів та програм підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою». Ступінь компетентності експертів із зазначених питань оцінювали за коефіцієнтами інформованості та аргументації за методикою Л. Бондаренко [2]. Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих в пакетах програм Statistica (версія 6.1), серійний номер – AGAR909E415822FA.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Експертизу здійснювали 46 експертів, з них 52,2% працювали в медичному коледжі, 47,8% – у медичному училищі Рівненської та Дніпропетровської областей. На посадах викладачів працювало 86,7% експертів, решту (13,3%) склали завідувачі відділень. Стаж роботи на займаній посаді від 1 до 5 років мали 18,6% опитаних, від 6 до 10 років – 23,3%, від 11 до 20 років – 9,3%, понад 20 років – 48,8%. Переважна більшість експертів (86,7%) мали вищу медичну освіту, решта 13,3% – іншу освіту. Майже однакова частка експертів була у віці від 50 до 59 років (30,4%), від 40 до 49 років (28,3%), до 40 років (28,3%); значно меншою буда частка експертів у віці від 60 до 69 років (8,7%) та старше 70 років (4,4%).

Ступінь компетентності експертів із зазначених питань був високим –  $0,81 \pm 0,11$  ( $M \pm SD$ ).

Тривалість підготовки студентів з напрямку «Лікувальна справа» на час опитування становила 2 роки 6 місяців на базі повної загальної середньої освіти. Більше половини експертів ( $52,2 \pm 7,4\%$ ) вважали за доцільне подовжити

термін навчання ще на півроку; 45,7±7,3% опитаних вважали існуючу тривалість підготовки оптимальною; на доцільність скорочення тривалості підготовки вказали лише 2,2%.

Позиція більшості експертів була врахована робочою групою МОЗ України при перегляді навчальних планів підготовки молодших спеціалістів зі спеціальності 5.12010101 «Лікувальна справа», що знайшло відображення у спільному наказі Міністерства науки та освіти, молоді та спорту України і Міністерства охорони здоров'я України (2011 р.).

Число та найменування циклів підготовки експертів зауважень не викликало. Водночас ними було внесено ряд пропозицій щодо співвідношення тривалості різних циклів у структурі навчальних планів. За навчальним планом, що діяв до 2011 р., питома вага гуманітарної та соціально-економічної підготовки становила 18%. Більшість респондентів (75,6±6,4%), спираючись на власний досвід викладацької роботи та аналіз міжнародного досвіду, пропонували зменшити питому вагу циклу з гуманітарної та соціально-економічної підготовки; збільшити питому вагу цього циклу рекомендувала невелика частка (2,2%) експертів; 22,2±6,1% експертів вважали доцільним не вносити змін в цей цикл (табл. 1). В середньому експертами запропоновано зменшити частку загального навчального часу на цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки на 28% – до 12,9±0,7%.

Експертні рекомендації щодо скорочення частки гуманітарної і соціально-економічної підготовки було враховано в новому примірному навчальному плані підготовки молодших спеціалістів зі спеціальності «Лікувальна справа», але не настільки радикально – на 17% (до 15% навчального часу) (рис. 1).

Питому вагу навчального часу на цикл природничо-наукової підготовки експерти запропо-

нували дещо збільшити – з 18% до 19,1±0,9%. На збільшенні частки годин на цей цикл напояла понад половину експертів (55,6±7,4%); майже однакова частка експертів (відповідно 20,0±6,0% та 24,4±6,7%) пропонувала зменшити та залишити все без змін (табл. 1). У результаті новим навчальним планом частку годин на цикл природничо-наукової підготовки збільшено до 20% навчального часу (рис. 1).

У цілому експерти запропонували збільшити частку годин на цикл професійної і практичної підготовки з 64% до 68,0±1,2%. На збільшення тривалості цього циклу вказали майже  $\frac{2}{3}$  експертів (64,4±7,2%), водночас кожен п'ятий (20,0±6,0%) надав пропозиції щодо зменшення тривалості циклу, а 15,6±5,4% вважали, що потрібно залишити все без змін.

Радикально збільшити тривалість практичного навчання (в 1,8 разу – з 18,0% до 31,5±2,5%) вважали доцільним практично  $\frac{3}{4}$  учасників експертизи (73,3±6,6%). Узагальнені пропозиції експертів були враховані у примірному навчальному плані (рис. 1): на цикл професійної і практичної підготовки виділено 65% навчального часу, а на практичне навчання – 41,3%.

За сучасними уявленнями, важливу роль в якості підготовки спеціалістів відіграє співвідношення годин на аудиторну та позааудиторну (самостійну) роботу. За результатами дослідження, кількість годин на аудиторну роботу з циклу гуманітарної і соціально-економічної підготовки, на думку 51,2±7,5% експертів, потрібно збільшити з 66% до 71,3±2,0%, а на самостійну підготовку – зменшити з 34% до 29,0±2,0%. Лише кожен четвертий (24,4±6,4%) експерт вважав, що навпаки – потрібно зменшити кількість годин на аудиторну роботу та збільшити на самостійну. Така ж сама частка експертів (24,4±6,4%) рекомендувала залишити все без змін (табл. 2).

**Таблиця 1. Порівняльна характеристика чинної до 2011 р. та запропонованої експертами структури навчальних планів підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою за спеціальністю «Лікувальна справа» за циклами**

Цикл	Структура за циклами (%)		Частка експертів, які запропонували зміни в структурі навчальних планів (%), P±m		
	за навчальним планом, чинним до 2011 р.	запропонована експертами (%), M±m	зменшення	збільшення	без змін
Гуманітарна та соціально-економічна підготовка	18	12,9±0,7	75,6±6,4	2,2±2,2	22,2±6,1
Природничо-наукова підготовка	18	19,1±0,9	20,0±6,0	55,6±7,4	24,4±6,7
Професійна та практична підготовка	64	68,0±1,2	20,0±6,0	64,4±7,2	15,6±5,4
у тому числі практичне навчання	18	31,5±2,5	0	73,3±6,6	26,6±6,6
<b>Всього</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	-	-	-

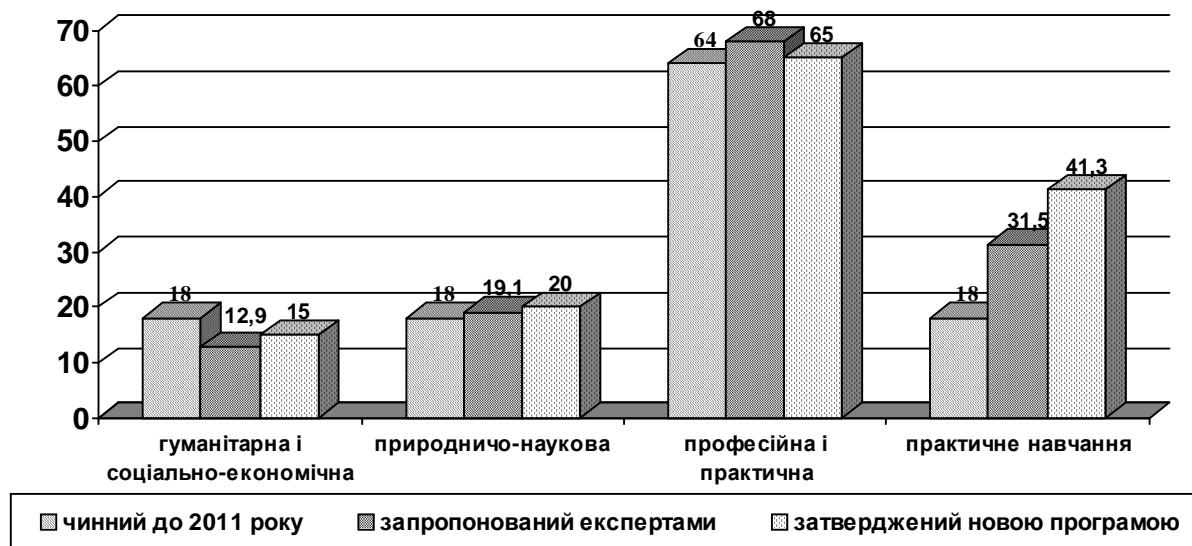


Рис. 1. Порівняльна характеристика розподілу навчальних годин зі спеціальності «Лікувальна справа» за циклами підготовки за чинним до 2011 р., рекомендованим експертами та затвердженим в 2011 р. навчальними планами

Таблиця 2. Частота пропозицій щодо зміни співвідношення аудиторної та самостійної підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою за спеціальністю «Лікувальна справа» за циклами

Цикл	Частота експертних пропозицій, % (P±m)					
	аудиторна підготовка			самостійна підготовка		
	зменшення	збільшення	без змін	зменшення	збільшення	без змін
Гуманітарна та соціально-економічна підготовка	24,4±6,4	51,2±7,5	24,4±6,4	51,2±7,5	24,4±6,4	24,4±6,4
Природничо-наукова підготовка	20,9±6,2	41,9±7,5	37,2±7,4	41,9±7,5	20,9±6,2	37,2±7,4
Професійна та практична підготовка	69,7±7,0	16,3±5,6	14,0±5,3	16,3±5,6	69,7±7,0	14,0±5,3
у тому числі практичне навчання	65,1±7,3	18,6±6,0	16,3±5,6	18,6±6,0	65,1±7,3	16,3±5,6

На думку 41,9±7,5% експертів, частку аудиторних годин на циклі природничо-наукової підготовки потрібно збільшити, а самостійної роботи – зменшити. Близько третини респондентів (37,2±7,4%) вказали на те, що слід залишити все без змін. Лише кожен п'ятий (20,9±6,2%) рекомендував зменшити питому вагу аудиторних годин та збільшити тривалість самостійної роботи. Загалом запропоновані експертами пропозиції щодо співвідношення аудиторної та самостійної роботи (відповідно 66,1±1,5% та 33,9±1,5%) не відрізнялися від співвідношення у навчальному плані, що діяв до 2011 р. (66% та 34%).

Значна частка експертів (69,7±7,0%) вважали, що на циклі професійної та практичної підготовки кількість годин на аудиторні заняття доцільно зменшити з 66% до 32,8±3,3%, а кількість годин, які відводяться на самостійну роботу, – збільшити у 1,9 разу (з 34% до 67,2±3,3%). Аналогічні пропозиції стосувалися практичного навчання: 65,1±7,3% експертів вказали на необхідність зменшення кількості аудиторних годин з 66% до

35,5±4,0% та збільшення кількості годин для самостійної роботи з 34% до 64,5±4,0%. Залишити співвідношення годин на аудиторну та самостійну роботу без змін на циклі професійної і практичної підготовки, у тому числі і при практичному навчанні, пропонувала майже однакова кількість респондентів (14,0±5,3% та 16,3±5,6% відповідно).

Загалом експертами запропоновано суттєво змістити співвідношення аудиторної та самостійної підготовки у бік останньої: з 66% та 34% в чинному до 2011 р. навчальному плані до 44,1% та 55,9% відповідно (табл. 3).

Пропозиції респондентів щодо співвідношення аудиторної та самостійної підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою за спеціальністю «Лікувальна справа» за циклами були значною мірою враховані у новому навчальному плані. Так, було встановлено співвідношення годин на аудиторну та самостійну роботу на циклі гуманітарної та соціально-економічної підготовки як 76:24% (у чинному до 2011 р. навчальному плані – 66:34%); на циклі природни-

Таблиця 3. Фактичне та рекомендоване експертами співвідношення аудиторної та самостійної підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою за спеціальністю «Лікувальна справа» за циклами

Цикл	Фактичне співвідношення за навчальним планом, чинним до 2011 р. (%)		Експертні пропозиції (M±m, %)	
	аудиторна підготовка	самостійна підготовка	аудиторна підготовка	самостійна підготовка
Гуманітарна та соціально-економічна підготовка	66	34	71,0±2,0	29,0±2,0
Природничо-наукова підготовка	66	34	66,1±1,5	33,9±1,5
Професійна та практична підготовка	66	34	32,8±3,3	67,2±3,3
у тому числі практичне навчання	66	34	35,5±4,0	64,5±4,0
Всього	66	34	44,1±1,4	55,9±1,4

чо-наукової підготовки – 63:37% (у чинному до 2011 р. навчальному плані – 66:34%); на циклі професійної і практичної підготовки суттєво зменшено питому вагу аудиторних годин до 13,5%, решта часу відводиться на навчальну практику

(в чинному плані 66:34%). Якщо в чинному плані при практичному навчанні було передбачено співвідношення аудиторної та самостійної підготовки як 66:34%, то у новому плані аудиторне навчання зовсім не передбачене (рис. 2).

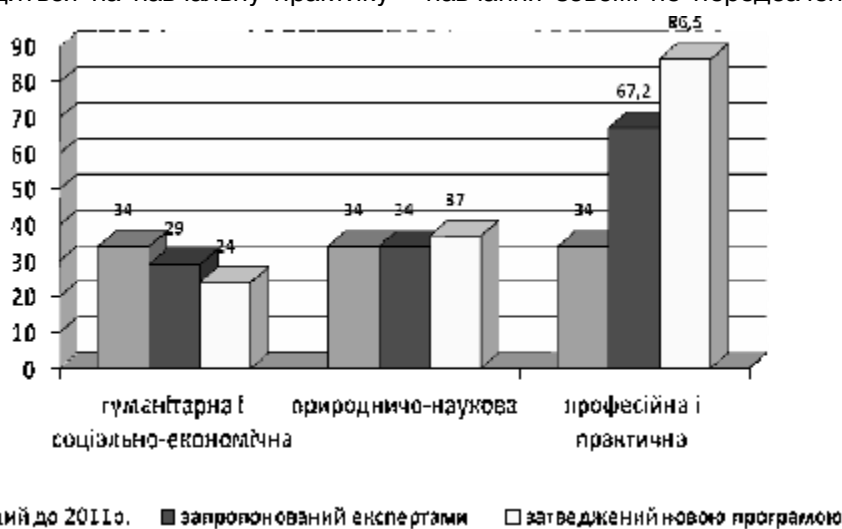


Рис. 2. Порівняльні дані частки самостійної роботи за спеціальністю «Лікувальна справа» у чинному до 2011 р., рекомендованому експертами та затвердженому новою програмою навчальних планів за циклами підготовки

За результатами дослідження, половина (50,0±7,5%) експертів вказали на те, що перелік навчальних дисциплін циклу гуманітарної і соціально-економічної підготовки не відповідає кваліфікаційним вимогам, з них 57,1% експертів запропонували скоротити тривалість або вилучити дисципліну «Основи економічної теорії», 27,3% – іноземну мову, 13,6% – математику, культурологію, «Людина та світ» тощо.

Переважає більшість експертів (82,5±6,0%) вважає, що перелік предметів циклу природничо-наукової підготовки відповідає кваліфікаційним вимогам. Незначна кількість (12,5±5,2%) експертів вказала на те, що перелік навчальних дисциплін не включає такі дисципліни, як медична біологія та медична фізика, біохімія, та запропонувала збільшити години на фармакологію, анатомію і гістологію.

Перелік предметів циклу професійної і практичної підготовки, на думку експертів, відпові-

дає кваліфікаційним вимогам, на що вказали 62,8±7,4% експертів, решта пропонували внести зміни в перелік дисциплін, однак одностайності в наданих пропозиціях не виявлено.

#### Висновки

1. Більшість експертів (52,2±7,4%) вважають, що термін навчання студентів з напрямку «Лікувальна справа» доцільно продовжити на півроку.

2. Кількість та найменування циклів підготовки в експертів зауважень не викликають. Пропозиції надано щодо співвідношення тривалості різних циклів у структурі навчальних планів. Більшість респондентів (75,6±6,4%) пропонують зменшити питому вагу циклу з гуманітарної і соціально-економічної підготовки (в середньому з 18% до 12,9±0,7% годин), а питому вагу циклів природничо-наукової та професійної і практичної підготовки більше половини експертів (відповідно 55,6±7,4% та 64,0±7,2%) пропонують збільшити з 18% до 19,1±0,9%. Тривалість прак-

тичного навчання  $73,3 \pm 6,6\%$  експертів вважають доцільним збільшити в 1,8 рази (з  $18,0\%$  до  $31,5 \pm 2,5\%$ ).

3. Співвідношення годин на аудиторну та самостійну роботу на циклі гуманітарної і соціально-економічної підготовки половина ( $51,2 \pm 7,5\%$ ) експертів пропонують змінити з  $66\%$  та  $34\%$  на  $71,3 \pm 2,0\%$  та  $29,0 \pm 2,0\%$ . На циклі професійної і практичної підготовки це співвідношення, на думку значної частки експертів ( $69,7 \pm 7,0\%$ ), повинно становити  $32,8 \pm 3,3\%$  до  $67,2 \pm 3,3\%$ ; аналогічні пропозиції висловлювалися і щодо практичного навчання:  $65,1 \pm 7,3\%$  експертів рекомендують співвідношення годин на аудиторну та самостійну роботу як  $35,5 \pm 4,0\%$  до  $64,5 \pm 4,0\%$ . На циклі

природничо-наукової підготовки рекомендації експертів не відрізнялися від співвідношення у чинному навчальному плані.

4. За погодженими експертними пропозиціями стосовно переліку навчальних дисциплін у навчальних планах за обома напрямками підготовки рекомендовано вилучення більшості загальноосвітніх дисциплін. Інші пропозиції мали різноспрямований напрямок.

5. Надані пропозиції включені до примірного навчального плану підготовки молодшого спеціаліста зі спеціальності 5.12010101 «Лікувальна справа», який затверджено Міністерством науки та освіти, молоді та спорту України і Міністерством охорони здоров'я України у 2011 році.

### Список літератури

1. *Базовое медицинское образование. Международные стандарты ВФМО по улучшению качества, 2003.* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.wfme.org/standards/bme/doc\\_download/11-quality-improvement-in-basic-medical-education—russian](http://www.wfme.org/standards/bme/doc_download/11-quality-improvement-in-basic-medical-education—russian). – Назва з екрану.
2. *Бондаренко О. Л.* Методика выбора ERP-системы в качестве основы интегрированной системы управления предприятием / О. Л. Бондаренко // Финансовая газета. – 2005. – № 14. – С. 14–15.
3. *Мониторинг качества образовательного процесса в вузе : Аналитические отчеты по результатам опроса студентов и преподавателей Курского государственного университета за 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010 учебные года / А. Н. Худин, С. Н. Белова.* – Курск : Изд-во Курс. гос. ун-та, 2010. – 161 с.
4. *Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения.* ВОЗ, 2009. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.who.int/publications/list/hrh\\_9789244547311/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/hrh_9789244547311/ru/index.html). – Назва з екрану.
5. *Совместная работа на благо здоровья. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006.* ВОЗ. World Health Organization. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_overview_ru.pdf). – Назва з екрану.

### ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА УЧЕБНЫХ ПЛАНОВ И ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ МЛАДШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

*В. М. Лехан, О. П. Максименко (Днепропетровск), Н. О. Венгрин (Дубно)*

Проведена експертна оцінка навчальних планів і програм підготовки молодших спеціалістів з вищим медичним освітою за спеціальності «Лікувальне діло». Експертами запропоновано збільшити тривалість навчання студентів по цій спеціальності на півроку; змінити співвідношення тривалості циклів в структурі навчальних планів, збільшив удільний вагу циклів професійної і практичної підготовки і природничо-наукової підготовки; змінити співвідношення годин на аудиторну і самостійну роботу, збільшив удільний вагу годин на самостійну роботу студентів, особливо на циклі професійної і практичної підготовки. По думку експертів, необхідно скоротити або виключити окремі предмети з програми навчання, перш за все стосуються до загальноосвітніх.

**КЛЮЧЕВІ СЛОВА:** експертна оцінка, навчальні плани і програми, лікувальне діло, молодші спеціалісти з вищим медичним освітою, система охорони здоров'я.

### EXPERT ASSESSMENT OF CURRICULUM AND TRAINING PROGRAMS FOR JUNIOR SPECIALISTS WITH HIGHER MEDICAL EDUCATION ON SPECIALITY "MEDICINE"

*V.M. Lekhan, O.P. Maksimenko (Dnepropetrovsk), N.O. Vengrin (Dubno)*

Was held an expert evaluation of curriculum and training programs for young professionals with higher medical education on specialty "Medicine". The experts proposed to increase the duration of training students in this specialty for six months, change the ratio of the duration of cycles in the structure of the curriculum, increasing the proportion of cycles of professional and practical training and natural-scientific training, change the ratio of hours of classroom and independent work by increasing the proportion of hours of self- students' work, especially on the cycle of professional and practical training. According to experts should be reduced or excluded the certain items from the training program, primarily from among the general.

**KEY WORDS:** expert assessment, curriculum and programs, medical business, the younger professionals with higher medical education, health care system.

*Рецензент:* д. держ. упр., доц. Н. П. Крижина

С.В. ЗБІТНЄВА (Київ)

## АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проведено аналіз забезпеченості офтальмологічної служби України лікарями-офтальмологами, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню, в розрізі регіонів. Вивчено також кваліфікаційний рівень лікарів-офтальмологів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** офтальмологічна служба, кадрове забезпечення, кваліфікаційний рівень.

Стан кадрових ресурсів охорони здоров'я розглядається як складова усієї системи, що відіграє вирішальну роль, тому що якість медичних послуг безпосередньо залежить від ефективної діяльності і професійної компетенції медичного персоналу [1].

Динаміка показників забезпеченості населення лікарями має сталий характер у щорічному зростанні [2]. За даними ВООЗ, Україна має показники забезпечення медичними працівниками, які за рівнями наближаються до середньоєвропейських [3].

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення та управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення – фінансового, матеріально-технічного, у т.ч. інформатизації системи охорони здоров'я України [4].

**Мета** роботи: вивчити та провести аналіз забезпеченості населення України лікарями-офтальмологами, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, у розрізі адміністративних територій та охарактеризувати їх кваліфікаційний рівень.

**Матеріали і методи:** статистичний, системного підходу, інформаційно-аналітичний. Аналізу підлягали дані галузевої статистики (Центр медичної статистики МОЗ України) в розрізі адміністративних територій за 2006, 2010, 2011 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На першому етапі дослідження вивчалася кількість лікарів-офтальмологів, які надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню України, в розрізі адміністративних територій, та визначено рівень забезпеченості населення у розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Дані за 2006, 2010, 2011 рр. наведено у табл. 1.

Як видно з табл. 1, за п'ятирічний період (2006–2011 рр.) абсолютна кількість лікарів-

офтальмологів, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню, збільшилася на 35 осіб – з 3795 у 2006 р. до 3830 у 2011 р. Рівень забезпеченості посадами лікарів-офтальмологів з розрахунку на 10 тис. дорослого населення зріс на 0,02 – з 0,82 до 0,84 відповідно.

У розрізі адміністративних територій найвищий рівень забезпеченості посадами лікарів-офтальмологів зареєстровано у м. Києві (1,62), м. Севастополі (1,05), АР Крим (0,97) та Івано-Франківській обл. (0,96). Найнижчий рівень забезпеченості лікарями-офтальмологами зареєстровано у Миколаївській (0,56), Херсонській (0,57) та Закарпатській (0,59) областях. Різниця забезпеченості посадами лікарів-офтальмологів у закладах охорони здоров'я МОЗ України в розрізі адміністративних територій становить 2,9 ( $p \leq 0,05$ ) рази.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню, фізичними особами, як у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, так і в розрізі адміністративних територій. Вивчалася питання рівня укомплектованості штатних посад як загалом, так і основними працівниками (табл. 2).

Із наведених у табл. 2 даних видно, що загалом у закладах охорони здоров'я України рівень укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів за період 2006–2011 рр. скоротився на 2,25% і становив 92,01%. За досліджуваний період рівень укомплектованості штатних посад основними працівниками збільшився на 0,49% і склав 88,65%.

У розрізі адміністративних територій виявлено суттєві відмінності у рівнях укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів, які надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню. Найвищі рівні зареєстровані в Івано-Франківській (99,5%) та Волинській (97,69%) областях, а найнижчі – у Київській (85,15%) та

Таблиця 1. Забезпеченість фізичними особами та штатними посадами лікарів-офтальмологів для надання медичної допомоги дорослому населенню

Адміністративна територія	Офтальмологи					
	2006 р.		2010 р.		2011 р.	
	абс.	на 10 000 нас.	абс.	на 10 000 нас.	абс.	на 10 000 нас.
<b>Україна</b>	<b>3795</b>	<b>0,82</b>	<b>3 812</b>	<b>0,84</b>	<b>3 830</b>	<b>0,84</b>
АР Крим	186	0,94	181	0,93	189	0,97
Вінницька	146	0,87	139	0,85	139	0,85
Волинська	71	0,69	77	0,74	74	0,71
Дніпропетровська	269	0,79	257	0,77	252	0,76
Донецька	369	0,81	362	0,82	360	0,82
Житомирська	88	0,67	94	0,73	92	0,72
Закарпатська	73	0,59	75	0,60	74	0,59
Запорізька	183	0,99	177	0,98	169	0,94
Ів.-Франківська	121	0,88	120	0,87	132	0,96
Київська	80	0,46	105	0,61	105	0,61
Кіровоградська	62	0,59	60	0,60	60	0,60
Луганська	176	0,74	172	0,75	178	0,78
Львівська	221	0,87	233	0,92	236	0,94
Миколаївська	69	0,57	70	0,59	66	0,56
Одеська	179	0,75	173	0,73	174	0,73
Полтавська	111	0,72	117	0,79	115	0,78
Рівненська	89	0,77	94	0,82	93	0,81
Сумська	94	0,78	90	0,78	89	0,77
Тернопільська	81	0,73	86	0,80	88	0,82
Харківська	250	0,89	246	0,90	250	0,92
Херсонська	71	0,64	64	0,59	62	0,57
Хмельницька	91	0,67	94	0,71	97	0,74
Черкаська	80	0,60	84	0,66	87	0,68
Чернівецька	75	0,83	77	0,85	79	0,88
Чернігівська	88	0,77	84	0,77	80	0,74
м. Київ	432	1,61	438	1,59	450	1,62
м. Севастополь	40	1,06	43	1,14	40	1,05

Дніпропетровській (85,6%). Різниця укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів фізичними особами у розрізі адміністративних територій становить 1,17 разу. Слід зазначити, що у зв'язку з надлишком фізичних осіб лікарів-офтальмологів у закладах Івано-Франківської, Львівської, Закарпатської та Хмельницької областей дані спеціалісти працюють з неповним навантаженням, причому в Івано-Франківській області частка таких лікарів постійно збільшується.

Далі вивчався рівень атестації лікарів-офтальмологів, що надавали спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню у 2011 р., в розрізі адміністративних територій України (табл. 3).

Загалом атестовані на кваліфікаційну категорію 74,5% лікарів-офтальмологів, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України. Встановлено, що найбільша частка лікарів атестована на вищу атестаційну категорію (47,7%), а найменша – на

другу атестаційну категорію (15,4%). Найвища питома вага атестованих лікарів-офтальмологів зареєстрована у Чернігівській (86,3%) та Рівненській (84,9%) областях, а найнижча – у Чернівецькій (62,0%) області та м. Києві (65,1%).

#### Висновки

1. Абсолютна кількість лікарів-офтальмологів, що надають спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню, збільшилася на 35 осіб – з 3795 у 2006 р. до 3830 у 2011 р. Рівень забезпеченості посадами лікарів-офтальмологів з розрахунку на 10 тис. дорослого населення зріс на 0,02: з 0,82 до 0,84 відповідно. Різниця забезпеченості посадами лікарів-офтальмологів для надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню в розрізі адміністративних територій складає 2,9 разу ( $p \leq 0,05$ ).

2. Рівень укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів для надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню за період 2006–2011 рр. скоротився на



Таблиця 2. Укомплектованість штатних посад лікарів-офтальмологів для надання медичної допомоги дорослому населенню

Адміністративна територія	Посади офтальмологів					
	2006 р.		2010 р.		2011 р.	
	зайнятими	основними працівниками	зайнятими	основними працівниками	зайнятими	основними працівниками
<b>Україна</b>	<b>94,26</b>	<b>88,16</b>	<b>93,07</b>	<b>87,91</b>	<b>92,01</b>	<b>88,65</b>
АР Крим	90,99	84,77	90,09	83,49	91,02	85,79
Вінницька	95,67	100,00	94,55	93,39	89,44	90,60
Волинська	96,35	83,72	97,14	88,89	97,69	89,77
Дніпропетровська	95,70	86,02	89,33	82,51	85,60	79,49
Донецька	93,53	81,56	92,99	84,58	90,42	84,66
Житомирська	87,44	76,85	94,22	81,41	92,67	79,22
Закарпатська	97,05	106,27	97,82	101,82	95,20	101,85
Запорізька	95,49	84,63	93,04	84,15	91,58	83,31
Ів.-Франківська	98,99	107,54	95,09	104,18	99,50	111,88
Київська	87,95	77,80	86,50	83,54	85,15	82,01
Кіровоградська	88,00	73,85	88,68	72,96	87,62	74,92
Луганська	95,99	82,28	92,32	76,56	93,87	85,56
Львівська	97,45	101,40	96,24	97,94	96,96	103,16
Миколаївська	85,33	73,05	92,19	75,68	86,06	71,52
Одеська	89,28	84,67	84,60	82,11	86,27	82,66
Полтавська	98,25	89,47	95,49	96,61	96,36	94,76
Рівненська	92,33	82,54	97,16	91,99	94,33	90,72
Сумська	97,63	93,93	95,12	88,43	93,67	85,06
Тернопільська	96,33	89,33	96,77	87,74	96,99	99,00
Харківська	93,39	91,83	93,10	90,68	92,74	93,08
Херсонська	95,30	80,54	91,72	78,15	90,10	76,45
Хмельницька	98,33	95,82	98,32	95,24	98,87	100,28
Черкаська	93,49	85,21	94,31	89,82	91,88	89,28
Чернівецька	98,43	96,06	96,23	87,55	96,05	93,28
Чернігівська	94,72	87,60	95,09	84,75	93,65	79,19
м. Київ	95,71	97,61	94,11	97,88	92,78	97,06
м. Севастополь	98,95	77,49	99,47	88,42	97,85	86,02

Таблиця 3. Атестація лікарів-офтальмологів для надання медичної допомоги дорослому населенню у 2011 році

Адміністративна територія	Кваліфікаційна категорія (абс.)				% атестованих
	усього	вищу	I	II	
1	2	3	4	5	6
<b>Україна</b>	<b>2 857</b>	<b>1 364</b>	<b>1 054</b>	<b>439</b>	<b>74,6</b>
АР Крим	148	82	44	22	78,3
Вінницька	99	45	50	4	71,2
Волинська	60	26	28	6	81,1
Дніпропетровська	190	85	71	34	75,4
Донецька	292	110	130	52	81,1
Житомирська	72	28	30	14	78,3
Закарпатська	61	39	12	10	82,4
Запорізька	133	52	62	19	78,7
Ів.-Франківська	88	35	31	22	66,7
Київська	69	29	27	13	65,7
Кіровоградська	40	20	12	8	66,7
Луганська	146	41	73	32	82,0

Продовження табл. 3

1	2	3	4	5	6
Львівська	183	122	38	23	77,5
Миколаївська	53	24	24	5	80,3
Одеська	138	97	21	20	79,3
Полтавська	90	41	43	6	78,3
Рівненська	79	45	25	9	84,9
Сумська	66	23	29	14	74,2
Тернопільська	59	35	16	8	67,0
Харківська	167	103	51	13	66,8
Херсонська	50	21	15	14	80,6
Хмельницька	69	18	43	8	71,1
Черкаська	64	21	35	8	73,6
Чернівецька	49	21	18	10	62,0
Чернігівська	69	23	34	12	86,3
м. Київ	293	171	79	43	65,1
м. Севастополь	30	7	13	10	75,0

2,25% і склав 92,01% при збільшенні укомплектованості штатних посад основними працівниками на 0,49% (88,65%). Різниця укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів для надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню в розрізі адміністративних територій становить 1,17 разу.

3. Аtestовані на кваліфікаційну категорію 74,5% лікарів-офтальмологів, що надають допомогу дорослому населенню, з найбільшою часткою лікарів вищої атестаційної категорії (47,7%), а найменшою – другої атестаційної категорії (15,4%).

**Перспективи подальших досліджень** скеровані на ефективність використання кадрових ресурсів в офтальмологічній службі України.

#### Список літератури

1. *Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України, кадри, стан організації управління, медичної інформаційної системи та медичних інформаційних технологій* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвячені пам'яті професора С.А. Томіліна / Національна наукова медична бібліотека МОЗ України, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця; за ред. В. П. Неділько. – К. : Медінформ, 2007. – С. 171.
2. *Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2009-2010 роки*. – К. : ЦМС МОЗ України, 2011. – С. 65.
3. *Мировая статистика 2010*. Департамент статистики здравоохранения и информатики Группы по информации, фактическим данным и научным исследованиям Всемирной организации здравоохранения, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2010/en/index.html](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/en/index.html). – Название с экрана.
4. *Москаленко В. Ф.* Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Главный врач. – 2007. – № 1. – С. 32–40.

#### АНАЛИЗ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

С.В. Збитнева (Киев)

Проведен анализ обеспеченности офтальмологической службы Украины врачами-офтальмологами, которые оказывают специализированную медицинскую помощь взрослому населению, в разрезе регионов. Изучен также квалификационный уровень врачей-офтальмологов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** офтальмологическая служба, кадровое обеспечение, квалификационный уровень.

#### ANALYSIS OF PERSONNEL PROVISION OF OPHTHALMOLOGIC SERVICE TO PROVIDE MEDICAL CARE TO ADULT POPULATION

S.V. Zbitnyeva (Kyiv)

The analysis of security of ophthalmologic service of Ukraine by ophthalmologists providing specialized medical care to adult population in region have been carried out. Also studied the level of qualification of ophthalmologists.

**KEY WORDS:** ophthalmologic service, personnel maintenance, qualifying.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.О. Риков

Д.Д. ДЯЧУК (Київ)

## ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО РОЗРОБКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

У статті проаналізовано інноваційні управлінські технології удосконалення діяльності медичних закладів та досвід їх впровадження. Встановлено, що управлінські технології з розвитку організацій ґрунтуються на концепції ділової досконалості. Відзначено, що найбільш перспективними для застосування в Україні є моделі діагностичної самооцінки та моделі EFQM. Зроблено висновок, що найбільш доцільним для лікувального закладу на шляху оптимізації розвитку є розробка власної моделі досконалості.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** інноваційні моделі, удосконалення діяльності, менеджмент якості, організаційна самооцінка, модель EFQM.

Одним з першочергових завдань модернізації системи охорони здоров'я України, що має на меті підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування, є вдосконалення роботи закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). До таких напрямків удосконалення можливо віднести: поліпшення здоров'я населення, підвищення якості медичної допомоги, збільшення обсягу профілактичної роботи, зростання ефективності використання наявних ресурсів тощо.

Удосконалення роботи медичних організацій (МО) може відбуватися шляхом управління інноваційним розвитком. Під інноваційним розвитком в системі охорони здоров'я розуміють безперервний цикл пошуку та реалізації важливих напрямів, які можуть сприяти вирішенню суспільних проблем забезпечення громадян доступною та якісною медичною допомогою. Сутністю інноваційної моделі розвитку є широкомасштабне введення в обіг через інноваційні процеси передових технологій, науково-технічних розробок, а також запровадження ефективних організаційно-управлінських рішень з метою отримання соціально-економічного ефекту [13;20].

Інноваційні підходи до удосконалення діяльності лікувальних закладів є перспективним еволюційним шляхом перетворень в охороні здоров'я. Розвиток інновацій є рушійною силою організаційних змін, оскільки істотно впливає на процеси медичного обслуговування, і через цей вплив оптимізує структуру медичних послуг. Отже, від успішного впровадження інновацій на рівні окремого медичного закладу залежить результативність зусиль щодо реформування галузі у цілому.

Інновації можуть виявлятися у нових процесах, технологіях, методах роботи, у нових підходах

до організації роботи. Ключову організаційно-методичну роль у визначенні основних напрямів удосконалення, розробці та реалізації інноваційних перетворень відіграють управлінські технології.

Базовими концепціями сучасних управлінських технологій в охороні здоров'я є системний та процесний підходи, прийняття рішень, заснованих на доказах, і впровадження концепції Total quality management (TQM) – тотального (загального) управління якістю.

В Україні проводилися дослідження щодо окремих питань менеджменту якості та організаційного розвитку [15-17], тому існує потреба у масштабних дослідженнях, які б системно та об'єднано розглядали ці проблеми.

Зростаюча потреба впровадження в охорону здоров'я наукових принципів і технологій управління удосконаленням ЗОЗ обумовила актуальність даного дослідження.

**Метою** даного дослідження було вивчення та систематизація інноваційних управлінських технологій удосконалення діяльності медичних закладів та аналіз досвіду щодо їх впровадження.

**Матеріали і методи.** Реалізація поставленої мети досягалася через виконання наступних завдань: вивчення тенденцій розвитку наукових досліджень з даного питання; аналіз існуючих моделей удосконалення діяльності медичних організацій; опрацювання досвіду різних країн. Для вирішення поставлених завдань проведено пошук вітчизняних та закордонних літературних джерел за 10-річний період з використанням електронної системи PubMed, електронної бібліотеки WebIPBIS, каталогу Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського.

Теоретичною та методологічною основою дослідження послужили праці вітчизняних і зарубіжних вчених в галузі менеджменту якості, наукові публікації з проблем діагностики та постійного

вдосконалення діяльності організацій на основі застосування механізму самооцінки, дані періодичних видань за темою дослідження.

Для виконання поставлених завдань використовувалися латентно-семантичний метод та метод контент-аналізу. Ці методи обробки інформації дозволяють, окрім класичного інформаційного пошуку, об'єктивно проаналізувати, систематизувати та класифікувати документи, визначивши ті, що задовольняють задані критерії інформаційного пошуку, проаналізувати взаємозв'язок між колекцією документів і термінами, які в них зустрічаються [34].

Загалом опрацьовано понад 5000 публікацій і рефератів, 1595 з яких було визнано найбільш інформативними. Близько 50 з 1595 знайдених статей, що відповідали критеріям включення у дослідження, після консенсусу двох незалежних експертів були відібрані для подальшого детального аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Медичні організації відчувають гостру необхідність у пошуку і застосуванні більш досконалих інструментів і концепцій, орієнтованих на якість та постійне поліпшення діяльності.

Управлінські технології розвитку здатності організацій ставити і досягати цілі щодо задоволення потреб усіх зацікавлених сторін (пацієнтів, лікарів, організаторів охорони здоров'я) сконцентровано у вигляді фундаментальної концепції менеджменту якості – ділової досконалості (моделі ідеальних організацій). Синонімом ділової досконалості може бути таке поняття, як «якість організації» [18;19;21].

Досконалість медичної організації – це найбільш ефективно і перспективно вкладення ресурсів та досягнення результатів, які задовольняють пацієнтів, провайдерів медичних послуг (лікарів, медичні заклади), органи управління охороною здоров'я, суспільство.

Удосконалення діяльності медичних організацій ґрунтується на регулярному аналізі фактичного стану роботи МО та її результатів. Всебічний аналіз результатів дозволяє розробити і реалізувати послідовні кроки у поліпшенні діяльності. Він проводиться за допомогою різноманітних методик, більшість з яких нерозривно пов'язані з менеджментом якості.

Паралельно з концепціями і моделями досконалості у світі протягом вже понад два десятиліття розвиваються процеси удосконалення локальних цільових систем менеджменту на основі міжнародних стандартів: ISO 9000 (якість), ISO 14000 (екологія), OHSAS 18000 (виробнича безпека) тощо. Однак, як зазначила Європейська комісія, при всій важливості цих стандартів, слід усвідомлювати, що для організацій вони можуть забезпечити тільки перші кроки на шляху до вдосконалення [18;19].

Моделі, які лежать в основі оцінок (і самооцінок) діяльності, позиціонуються як моделі TQM і включають в себе не тільки технологічну компоненту (інструмент для оцінки), але і концептуальну частину. Залежно від концептуальної частини розрізняють такі інноваційні підходи організаційного удосконалення та менеджменту якості: модель TQM; організаційна самооцінка (Organizational Self-Assessment); безперервне поліпшення якості (continuous quality improvement – CQI); модель Європейського фонду управління якістю – ЄФУЯ (European Foundation for Quality Management): модель EFQM; цикл Демінга–Шухарта PDSA (plan-do-study-act: плануй-виконуй-перевірй-копегуй); методики статистичного контролю якості (statistical process control SPC), з яких останніми роками виокремився підхід 6 сигм (Six Sigma та Lean Six Sigma); аудит зі зворотнім зв'язком тощо.

Кількість публікацій з вищезазначених напрямків у закордонних виданнях суттєво перевищує україно- та російськомовні повідомлення. Враховуючи це, за даними електронної системи PubMed було оцінено структуру статей, присвячених інноваційним підходам до організаційного удосконалення (рис. 1).

Найбільшу питому вагу (40,3%) серед статей займають публікації, в яких представлені результати самооцінок, вони публікуються, починаючи з 1968 року. Суттєву частку складають публікації, присвячені статистичним методам контролю якості (33,7%) та окремо підходам Six Sigma та Lean Six Sigma. Це пояснюється тим, що як організація охорони здоров'я, так і клінічна медицина, активно використовують ці статистичні прийоми. Інноваційні підходи з менеджменту якості розподілилися таким чином: випереджають інші історично найбільш «старі» CQI (3,6%) та цикл PDSA (3,4%), їм поступаються модель TQM (1,28%) та підходи ISO 9000 (1,3%). Найменшу долю серед всіх публікацій мають найсучасніші підходи: аудит зі зворотнім зв'язком (0,4%) та модель EFQM (0,8%).

Остання була визнана такою, що разом з організаційною самооцінкою найбільше відповідає завданням нашого дослідження, оскільки вони презентують концепції з найбільш повним та всебічним аналізом розвитку організацій [4-7;14;21;28–30].

Для практичного використання концепцій удосконалення діяльності на засадах загального управління якістю застосовують різні моделі досконалості. Відомі 7 основних моделей: австралійська, європейська, іберо-американська, індійська, сингапурська, США і японська. Координація здійснюється в рамках Ради GEM (Global Excellence Model, Глобальної Моделі Вдосконалення) [18;19].

Фахівці виділяють декілька поколінь інноваційних моделей удосконалення діяльності МО. До моделей першого покоління відносять мо-

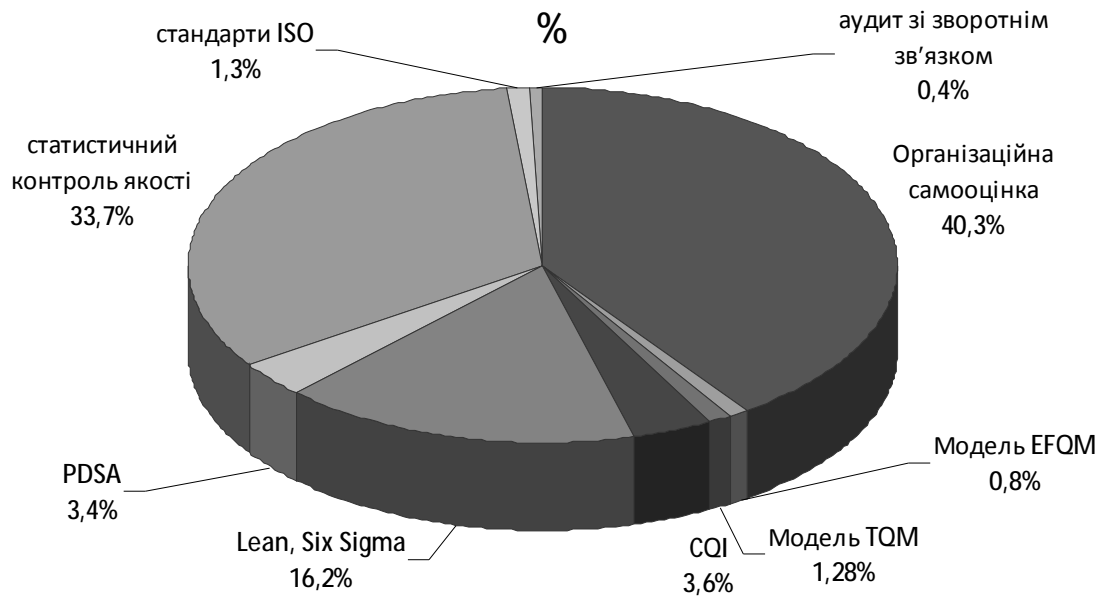


Рис. 1. Структура публікацій за напрямками інноваційних підходів до удосконалення розвитку організацій за 10-річними даними електронної системи PubMed (у %, n=5312)

делі TQM, розроблені у 80-ті роки, моделі премій по якості, типовими з яких є Національна премія США ім. Малкольма Болдріджа (МБА). До моделей другого покоління відносять модель Європейського фонду управління якістю (EFQM). Модель самооцінки або модель Тіто Конті можна назвати моделлю третього покоління.

У більшості розвинених країн Європи та світу вже протягом кількох років введена практика присудження кращим підприємствам національних нагород з якості. Такі нагороди дуже престижні та дозволяють їхнім володарям значно підвищити свою конкурентоспроможність.

З 1992 р. Європейським фондом управління якістю (ЄФУЯ) введено щорічну Європейську нагороду з якості. Це одна з найпопулярніших моделей (Модель EFQM), яку в даний час застосовують понад 30 тисяч компаній в усьому світі. Ця модель може бути використана для отримання цілісного уявлення про будь-яку організацію, незалежно від форми власності, розміру, галузі чи рівня «зрілості». Модель сприяє керівництву компанії у формуванні стратегії, залученні до процесів вдосконалення всього персоналу, створенні унікальної культури, де стійка перевага є нормою. Модель EFQM найбільшою мірою підходить для України, враховуючи емпіричний доказ зв'язку її впровадження з показниками здоров'я та економічного розвитку країни [18;19].

Модель досконалості ЄФУЯ включає дев'ять критеріїв (рис. 2):

1. Лідерство.
2. Персонал.
3. Політика і стратегія.
4. Партнерство та ресурси.
5. Процеси.

6. Результати (ступінь задоволення) персоналу.  
7. Результати (ступінь задоволення) споживачів.

8. Результати суспільства (соціальна спрямованість організації).

9. Основні результати діяльності.

Модель вдосконалення ЄФУЯ об'єднує дві групи критеріїв – «Можливості» та «Результати». Критерії групи «Можливості» дають розуміння і допомагають оцінювати, як досягаються результати. Група критеріїв «Результати» ураховує основні показники та результати діяльності організації, тобто чого вона досягла, використовуючи наявні можливості (рис. 2).

Крім 9 основних критеріїв, модель досконалості EFQM включає 32 субкритерії, що деталізують модель. Так, перший критерій «Лідерство» включає 5 оціночних субкритеріїв:

1а. Лідери розробляють місію, бачення, цінності та етику і діють як рольові моделі.

1б. Лідери визначають, вимірюють, аналізують систему менеджменту організації і її результати діяльності, організують її вдосконалення.

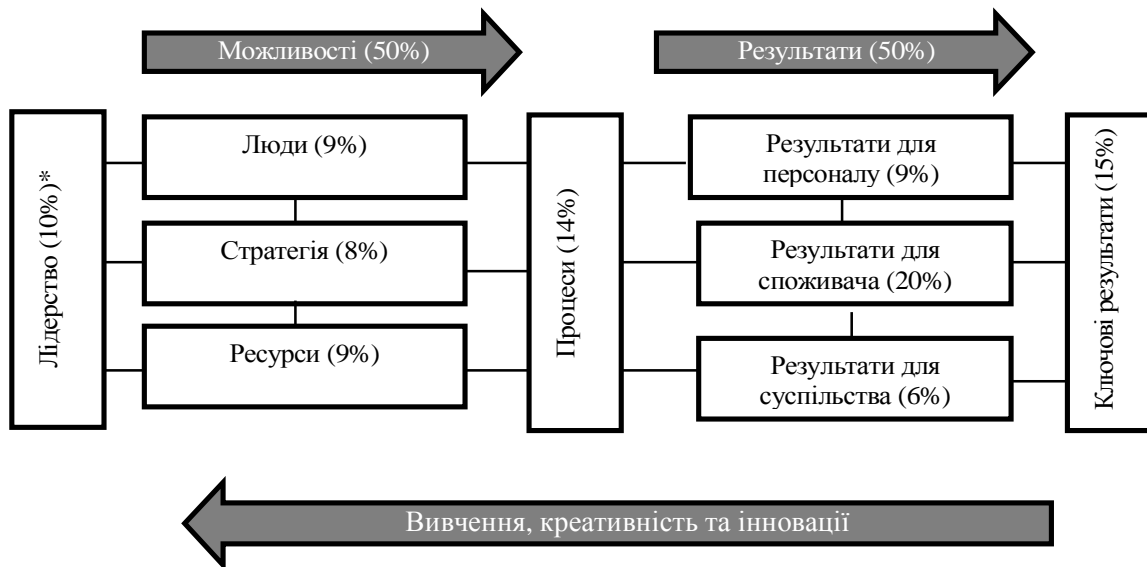
1в. Лідери взаємодіють із зовнішніми зацікавленими сторонами.

1г. Лідери підсилюють культуру досконалості серед персоналу організації.

1д. Лідери забезпечують гнучкість організації та ефективно управляють змінами.

Кожен з 32 субкритеріїв має декілька зон охоплення (напрямків для оцінки/вимірювання). Таких «точок прикладання» в моделі понад 300.

Стрілки відображають динамічний характер моделі. Вони показують, як інновації і навчання допомагають поліпшити можливості, що зрештою відбивається на результатах.



*Примітка:* наведене відсоткове співвідношення вказує відносну важливість кожного з критеріїв і використовується при оцінці.

Рис. 2. Модель Європейського фонду управління якістю (EFQM)

Кожен критерій має бальну оцінку, загальна сума балів за всіма критеріями становить 1000 балів. Вага кожного критерію для кожної організації встановлюється експертами EFQM і численними користувачами моделі і може змінюватися з урахуванням накопиченого досвіду та змін у зовнішньому середовищі. Групи «Можливості» та «Результати» мають еквівалентні максимальні оцінки – по 500 балів кожна група, що показує однакову важливість як потенціалу організації, так і того, наскільки успішно цей потенціал реалізується [23-27].

В основу моделі покладена логіка RADAR, що складається з 4-х елементів (ці елементи подібні циклу PDCA):

1. Результати (Determine Results required) – визначення необхідних результатів.
2. Підхід (Plan and develop Approaches) – планування і розвиток підходів.
3. Застосування (Deploy Approaches) – структурування/розгортання підходів.
4. Оцінка й перегляд (Assess & Review approaches and their deployment) – оцінка й розгляд підходів та їх структурування/розгортання [13;23-27;33].

Для системного вдосконалення, тобто цілеспрямованого програмування і здійснення процесів переходу до більш високого рівня досконалості, бажано знати стан організації та її співвідношення з конкурентами. Для цього в моделях досконалості застосовується 1000-бальна шкала, яка дозволяє організаціям, порівнюючи себе з ідеальною організацією, визначати свій фактичний рівень досконалості, що характеризує реальний стан та ступінь довготривалого задоволення організацією зацікавлених сторін в динаміці.

В нашій країні Національний конкурс з якості проводиться щорічно з 1996 р. за ініціативи Української асоціації якості (УАЯ) та за участі Українського союзу промисловців і підприємців (УСПП). Основою для проведення Конкурсу є Модель досконалості ЄФУЯ, розроблена для проведення конкурсів на здобуття Європейської нагороди з якості. Український національний конкурс з якості проводиться за підтримки ЄФУЯ, його включено до Реєстру національних нагород з якості європейських країн.

На сьогодні в Україні, як і в більшості пострадянських країн, рівень досконалості – це 150–250 балів, а в розвинених європейських країнах – 300–450 балів. EFQM у рамках шкали ввів Схему рівнів досконалості, яка дозволяє відзначити компанії, що не досягли рівня кращих в Європі, проте показали високі результати. Підмогою для цілеспрямованого і послідовного вдосконалення українських компаній стали Сходи досконалості, розроблені в 2006 р. провідними фахівцями України у сфері якості. Сходи, що вписані в шкалу та інтегрували в себе Схему рівнів досконалості EFQM, сприяють будь-яким організаціям з будь-яким початковим рівнем досконалості цілеспрямовано і послідовно просуватися до рівня, досягнутого кращими компаніями Європи.

Понад 40 українських компаній отримали сертифікати EFQM «Визнання досконалості в Європі», 20 стали призерами Нагороди за якість країн Центральної та Східної Європи, у тому числі 8 – переможцями. І серед них немає жодної медичної організації [18;19].

Незважаючи на бажання країн ЄС встановити загальноєвропейську систему якості, до неї все ще довгий шлях. Гармонізація існує в нор-

мативах затвердження лікарських засобів та стандартів навчання, але водночас не існує жодної системи ліцензування, акредитації чи реєстрації медичних закладів в масштабах всієї Європи. Різні країни прийняли різні системи. Наприклад, Європейський фонд управління якістю (EFQM) використовується лікарнями Нідерландів, Фінляндії, Угорщини, Люксембургу, частково – в Італії та Іспанії. Деякі фінські лікарні розробили організаційні процедури аудиту, що базуються на системі, створеній Королівським фондом Великобританії, в той час як інші обрали акредитацію через Міжнародну організацію з питань стандартизації (ISO), навіть якщо стандарт ISO 9000 не стосується клінічної допомоги. Відповідальність за забезпечення достойної якості ефективною, безпечною, справедливою та доступною медичною допомогою все ще покладається на кожну конкретну країну [31].

В Україні на сьогодні немає навіть банальних систем управління якістю за ISO 9001, в перерахунок на 1000 жителів менше, ніж в Китаї, в 3,5 разу, а в порівнянні з Італією – майже в 40 разів [18;19].

Застосування моделі EFQM припускає проведення дослідження і вимірювання потужності управлінського потенціалу, оцінки ефективності системи управління будь-якої організації.

Аналіз досвіду впровадження моделі EFQM в систему охорони здоров'я європейських країн показує позитивні наслідки цього заходу на шляху вдосконалення діяльності медичних закладів. Суворий процес управління, вбудований в ефективну систему менеджменту якості, призводить до значного покращення в охороні здоров'я в цілому. «Технічні» підходи TQM, наприклад на основі стандарту ISO 9001, є недостатніми для досягнення організаційної досконалості [38;44].

W. Bergholz вказує на те, що впровадження системи EFQM дозволяє підвищити якість медичного обслуговування у поєднанні зі значним скороченням витрат. Менеджмент якості є ідеальною платформою для управління в сфері охорони здоров'я, оскільки дозволяє значно поліпшити важелі управління, щоб знизити витрати. Управління організаційним розвитком сприяє обміну передовим досвідом, незважаючи на велими різноманітний портфель надаваних медичних послуг у різних країнах та регіонах [38].

Позитивний досвід впровадження Системи досконалості EFQM отримано у різних лікувальних закладах, різної спеціалізації та рівня: у стоматологічній лікарні [46], при наданні офтальмологічної допомоги [39,41], у медицині внутрішніх органів [42].

Дослідження, проведене в Іспанії, показало, що із медичних організацій, які запрова-

дили систему EFQM, досягли поліпшення результатів діяльності більшість (67,7%) лікувальних закладів. Труднощі впровадження інноваційних технологій менеджменту якості були пов'язані з лідерством у галузі управління якістю, з труднощами визначення стратегії розвитку, із збільшенням навантаження на персонал [40]. Основна відповідальність із впровадження системи менеджменту якості лягає на плечі менеджерів охорони здоров'я. Мета їх діяльності полягає у тому, щоб постійно контролювати і поліпшувати якість процесів і практик у лікарні. Введення інновацій в лікарню вимагає поглибленого знайомства з різними системами управління якістю, щоб вибрати відповідну модель для власного закладу [44].

Найбільш активно система EFQM використовується у медичних закладах Німеччини [38;39;41;44], Іспанії [40;42], Франції [43] тощо. В Україні на даний час системно цей підхід не використовувався закладами охорони здоров'я.

Самооцінка (самодіагностика) на базі моделі досконалості EFQM за ім'ям автора називається моделлю Тіто Конті. Вона вважається моделлю досконалості найсучаснішого рівня. Самооцінка – найбільш популярний метод удосконалення діяльності організацій різних галузей, розмірів та рівнів розвитку.

Термін «самооцінка» як «образ самого себе» вперше був запропонований В. Джеймсом у 1890 р. у книзі «Принципи психології». З другої половини XX ст. категорія «самооцінка» стала застосовуватися і до організацій, її окремих бізнес-процесів і діяльності в цілому [1].

Під діагностичною самооцінкою [21;23-27] зазвичай розуміється оцінка діяльності, яка проводиться силами співробітників самого підприємства або із залученням сторонніх експертів, єдиною метою якої є удосконалення діяльності організації.

Вивчення літературних джерел, в яких було знайдено формулювання категорії організаційної «самооцінки», свідчить про різноманіття існуючих трактувань цього поняття, що стало підставою для проведення змістовного аналізу. Сформовані підходи до визначення категорії «самооцінка» наведено у таблиці 1.

Контент-аналіз змістовних визначень організаційної «самооцінки» показав (табл. 2), що абсолютно всі визначення свідчать про базування самооцінки на аналізі результатів власної діяльності організації. У більшості тлумачень наголошується значущість таких характеристик, як удосконалення (60%), системні фактори (50%), менеджмент якості (40%). По 30% набрали такі характеристики, як процеси, планування, моніторинг та досягнення цілей.

Таблиця 1. Зміст категорії «організаційна самооцінка»

№ з/п	Самооцінка –	Автор, рік, джерело
1.	це аналіз здатності організації вирішувати свої основні завдання та досягати своїх цілей, зокрема її можливості зберігати і підвищувати конкурентоздатність при зміні зовнішніх умов	Т. Конти, 2000 [21]
2.	полягає у всебічному та систематичному аналізуванні видів та результатів діяльності організації з погляду систем управління якістю або моделі досконалості. Самооцінювання може давати загальне уявлення про показники діяльності організації і ступінь довершеності системи управління якістю. Воно також може сприяти виявленню в межах організації сфер, які потребують поліпшення, та визначенню пріоритетів	ДСТУ ISO 9000:2001, 2001 [12]
3.	це вид зіставного аналізу організації в порівнянні з якою-небудь моделлю, еталоном	В.И. Галеев, Т.Ю. Дворук, 2002 [10]
4.	це процес, що починається з виявлення пробілів у роботі і пробілів у цілях, спрямований на пошук можливостей для покращення процесів та системних факторів	А.Э. Янишевский, 2002 [37]
5.	це всебічний, систематичний і регулярний аналіз діяльності і результатів організації відповідно до моделі вдосконалення EFQM. Дозволяє ідентифікувати сильні сторони і визначити області, де можна проводити поліпшення, а також інтегрувати отримані результати в плановану діяльність організації та проводити наступний моніторинг досягнутого прогресу	EFQM, 2003 [45]
6.	це оцінка діяльності, що виконується фахівцями організації як для прийняття управлінських рішень, так і для демонстрації своїх можливостей і результатів всім зацікавленим сторонам	Ю. Гусаков, Е. Тавер, 2005 [11]
7.	це інструмент управління, що дозволяє компаніям отримувати всебічну картину своєї діяльності, дізнатися, чи задоволені її споживачі, персонал, постачальники, суспільство, і на цій основі визначити пріоритетні напрямки для поліпшень. Організаційна самооцінка сприяє систематизації та структуруванню менеджменту компанії, дозволяє простежити динаміку поліпшень і побудувати самонавчальну організацію на принципах постійного вдосконалення	Д. Маслов, 2006 [25]
8.	це інструмент удосконалення, використання якого передбачає систематичну реалізацію процесу самодослідження та формування колективної думки про результативність та ефективність організації, про рівень зрілості її системи менеджменту якості, з метою інтеграції отриманих результатів у діяльність по стратегічному та тактичному плануванню	Л.И. Бирюкова, 2007 [1]
9.	це оцінка діяльності, яка проводиться силами співробітників самого підприємства або із залученням сторонніх експертів, єдиною метою якої є вдосконалення діяльності організації	А.А. Сафонов, 2008 [33]
10.	це оцінювання, що проводиться самим керівництвом і персоналом, підсумком якого є думка чи судження про результативність і ефективність підприємства і його системи менеджменту якості. Може використовуватися для порівняння своєї діяльності з кращими досягненнями інших організацій, а також показниками світового рівня з даного виду діяльності.	К.Н. Савин, 2011 [32]

Можна виділити наступні групи підходів до визначення самооцінки, що склалися в сучасній практиці менеджменту якості:

1. Самооцінка як порівняльний аналіз з кращими організаціями, з будь-якою моделлю або еталоном. Даному підходу властиві труднощі вибору моделі, а також невизначеність використання результатів самооцінки.

2. Самооцінка як необхідний інструмент діяльності організації при участі в різних конкурсах у сфері якості. Відповідно до цього підходу самооцінка

використовується в разі участі організації в одному з існуючих конкурсів в сфері якості, і необхідність її обумовлена вимогами, що ставляться до учасників конкурсу. Даний підхід є дуже поширеним, однак він принижує роль самооцінки в процесі поліпшення діяльності організації.

3. Самооцінка як метод діагностики стану організації та визначення перспектив її розвитку. В даному випадку самооцінка необхідна для виявлення сильних і слабких сторін діяльності організації, можливостей, якими вона володіє, і



загроз, які перешкоджають реалізації цих можливостей. Діагностика проводиться на основі порівняння з плановими показниками або досягнутими за минулі періоди часу. При цьому організація констатує зміни, що відбулися, не зіставляючи свою позицію з позицією зовнішнього середовища.

4. Самооцінка як один з етапів удосконалення діяльності організації. Даний підхід фактично не суперечить жодному з перерахованих вище, включає їх як невід'ємні складові частини і є найбільш комплексним [1].

Основоположним вважається підхід до самооцінки, запропонований визнаним італійським фахівцем у галузі управління якістю Тіто Конті, що спрямований на покращення діяльності. Бали в моделі самооцінки розглядаються лише

умовно. Основною причиною здійснення самооцінки є проведення аналізу для визначення причин низького рівня виконання поставлених цілей або подолання перешкод для покращення їх виконання.

Модель концептуально виникла із моделі досконалості EFQM (рис. 3), але містить значні відмінності через особливі потреби процесу самооцінки.

Так, в моделі EFQM системними факторами є лідерство, люди, політика й стратегія, партнерство і ресурси. В моделі ISO 9001:2000 системними факторами є відповідальність керівництва, менеджмент ресурсів, вимірювання, аналіз і вдосконалення. В моделі TQM основна увага приділяється процесам, тому системне представлення організації виражене не досить чітко.

Таблиця 2. Результати контент-аналізу змістовних компонент, що становлять основу поняття «організаційна самооцінка» (n=10)

Характеристика	Абс.	%
Аналіз діяльності	10	100
Удосконалення	6	60
Зовнішні умови (системні фактори)	5	50
Менеджмент якості	4	40
Процеси	3	30
Планування	3	30
Моніторинг	3	30
Досягнення цілей	3	30
Конкурентоздатність	1	10

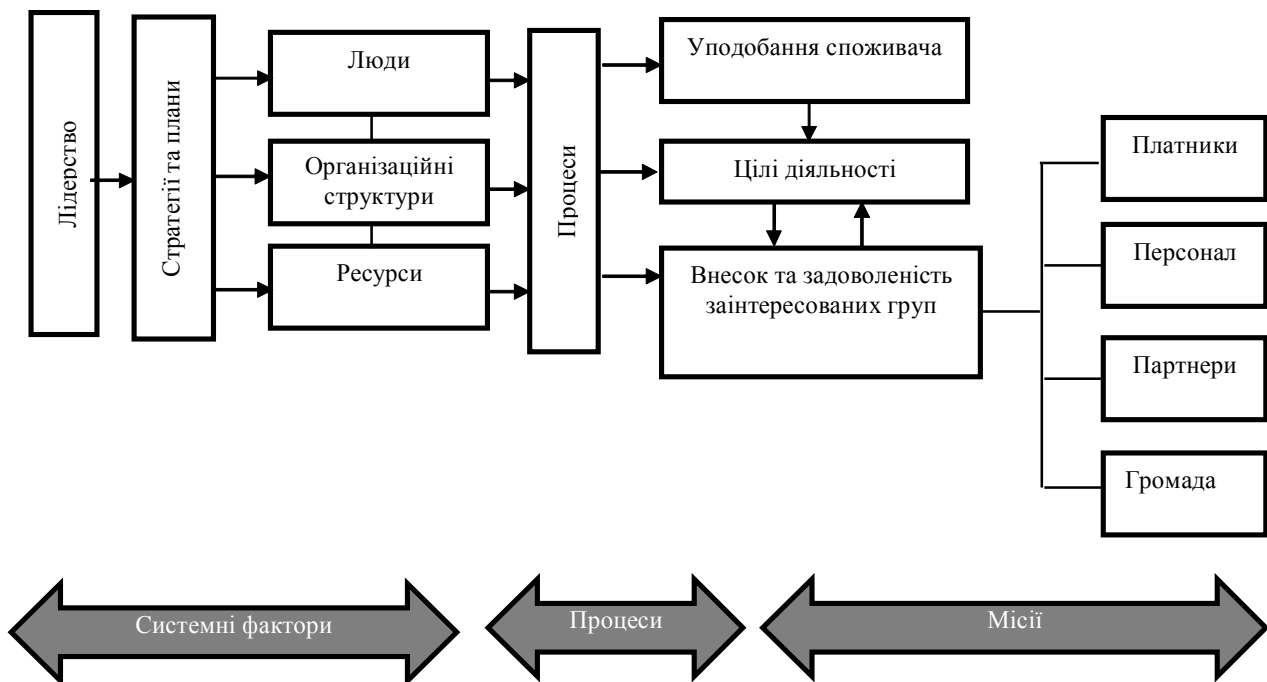


Рис. 3. Модель самооцінки Т. Конті

Модель Т. Конті була спеціально розроблена для діагностичної, орієнтованої на поліпшення, організаційної самооцінки. Мета самооцінки – зібрати вихідні дані для планування покращень, що дозволяють привести у відповідність можливості компанії з її поточними завданнями і середньостроковими цілями і стратегіями. Ефективна модель повинна мати високий діагностичний потенціал і допомагати організації виявляти слабкі (і сильні) сторони її бізнесу, планувати поліпшення та аналізувати досягнуті результати.

Особливостями моделі Тіто Конті (діагностичної самооцінки) є наступні:

- відсутність будь-якого зважування (бальної оцінки);
- відображені категорії є навмисно загальними;
- введена категорія організаційних архітектур (структур). Маються на увазі способи, до яких вдається організація при використанні ресурсів для досягнення своїх цілей;
- блок «процеси» відокремлений від системних факторів («можливості» – в моделі EFQM) і тому становить третій основний компонент моделі разом з факторами і основними цілями;
- переконливо рекомендується проведення поетапного аналізу за трьома сферами: місії та цілі, процеси, системні фактори [21;23-27;37].

Найбільша увага в моделі приділяється системним факторам. В моделі самооцінки системні фактори складаються з організаційних особливостей закладу, частково нематеріальних, пов'язаних з менеджментом й утворюючих середовище, в якому діють процеси. В реальності системні фактори – переважно нематеріальні, такі як лідерство та люди, – складають основу досконалості.

За підходом Конті досконалість процесів обумовлена досконалистю системних факторів. Причому найбільш вагомим фактором в управлінні процесами, як з технічної, так і з організаційної точки зору, є лідерство.

Підхід Конті є «перевернутим». Аналіз починається від результатів, зокрема від недоліків виконання, та розвивається вліво з метою виявлення причин в процесах та системних факторах. При діагностичній самооцінці підхід розвивається від симптомів до причин [21;23-27].

Діагностична самооцінка добре інтегрується з іншими інноваційними підходами до менеджменту якості: з циклом Демінга–Шухарта PDSA (плануй-виконуй-перевірйай-корегуй); з внутрішнім аудитом, від якого відрізняється значно більш вираженим діагностичним характером і особливою увагою до процесів; зі збалансованою системою показників (balanced scorecard – BSC). Ці інструменти виступають як комплімен-

тарні підходи до управління. Якщо в процесі самооцінки здійснюється перевірка діяльності і результатів організації в цілому з метою оптимізації і поліпшень (орієнтація на загальний та стратегічний менеджмент), то BSC працює як інструмент управління, орієнтований на стратегію [1;21;23-27;33].

Однією із значущих переваг самооцінки є універсальність даного методу, можливість його ефективного застосування в будь-якій організації, незалежно від сфери та видів її діяльності. Не є винятком і ЗОЗ.

Самооцінка як інструмент управління дозволяє отримати всебічну картину діяльності лікувального закладу, дізнатись, чи задоволені пацієнти, персонал, партнери, органи управління охорони здоров'я та суспільство. Крім того, проведення самооцінки забезпечує системний підхід до вдосконалення організаційного розвитку; використання єдиного комплексу критеріїв, що широко застосовується в лікувальних установах при оцінці результатів своєї діяльності; погоджене розуміння того, що в реальних умовах повинна зробити медична організація в цілому, її окремі підрозділи і кожен працівник, виходячи з політики і стратегії в сфері якості; навчання персоналу принципам загального менеджменту якості; впровадження різних ініціатив та передових методів управління в повсякденну діяльність; виявлення та аналіз процесів, які можна покращити; можливість визнання і стимулювання досягнень підрозділів і працівників; можливість порівняння з кращими результатами, досягнутими як даною установою, так і іншими ЗОЗ [1].

Серед російських фахівців найбільш детально розробили питання інноваційних підходів до організаційного розвитку на підставі системи менеджменту якості Т.Н. Брескіна, В.І. Єгоров, Ю.В. Немитін (2007, 2008). Т.Н. Брескіною та співавт. запропоновано методичні підходи до оцінки ключових процесів організації роботи багатопрофільного стаціонару на основі інтегрованого підходу з використанням технологій «Самооцінки» (методом матриці) на основі логіки RADAR (що передбачає використання сукупності оціночних критеріїв), що дозволяють визначати області покращень для досягнення ділової досконалості [4-7;14;28-30].

В 26 суб'єктах Російської Федерації проводилися експерименти з апробації моделі системного удосконалення організації медичної допомоги, розробленої з використанням методології поліпшення якості. Ефективність моделі була оцінена по відокремленим і повторюваним в різних умовах результатам, які показали позитивні зрушення у стані здоров'я населення та оптимізацію використання ресурсів [22].

М.Н. Дудін запропонував інноваційну організаційну модель «постачальник/споживач медичних послуг», головна ідея якої полягає в тому, що будь-який бізнес-процес має споживача, а всі дії в медичних організаціях, в результаті яких використовуються ресурси, надається послуга з метою задоволення споживачів, можна розглядати або як бізнес-процес, або як його складову частину. Застосування такого підходу дозволяє оптимізувати процеси фінансового менеджменту та управління кадровими ресурсами [13].

У нашій країні проблема самооцінки діяльності організації та вдосконалення діяльності ЗОЗ вивчені в руслі окремих напрямків наукового і науково-практичного досвіду. Українські дослідники розглядали певні аспекти інноваційних технологій управління організаційним розвитком, здебільшого зосереджуючись на питаннях менеджменту якості. Так, в роботах з управління якістю медичної допомоги піднімалися питання розробки стандартів [16;35], комп'ютерних та інформаційних технологій [3;8;35], використання міжнародного стандарту ISO [15].

Л.І. Чумак запропонована оптимізація системи управління якістю медичної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет, яка передбачає стандартизацію та технології управління ресурсами [36].

Н.І. Кольцовою та співавторами (2007) розглянуто протиріччя і шляхи адаптації TQM та Європейської управлінської моделі EFQM на українських теренах. Запропоновано критерії оцінки якості на засадах доказового управління [9].

Фундаментальні дослідження одиничні. Одним з великих досліджень з обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю медичної допомоги є робота О.Л. Зюкова (2009), в якій управління якістю розглядається з позицій системного удосконалення процесів і структури медичного обслуговування на різних рівнях надання медичної допомоги (медичний заклад – територіальна система охорони здоров'я), базуючись на сучасній концепції безперервного покращання якості. Автором розроблено й апробовано концептуальну модель покращання якості медичної допомоги шляхом проведення організаційного експерименту на рівні окремого ЗОЗ й аналітично-порівняльного дослідження (квазіексперименту) якості медичного обслуговування

хворих у стаціонарах онкологічних спеціалізованих і багатопрофільних лікувальних закладів за різними критеріями якості [17].

В роботах В. Карамішева [20] представлена Концепція інноваційних перетворень в системі охорони здоров'я, серед механізмів реалізації яких розглядаються питання реструктуризації ЛПЗ, запровадження змін в їх організаційно-правовому статусі; удосконалення системи забезпечення медичним устаткуванням, забезпечення препаратами, запровадження національного формуляра лікарських засобів та ін.

### Висновки

Нагальна потреба поліпшення якості та доступності медичних послуг вимагає від ЗОЗ стійкого вдосконалення через впровадження у практичну діяльність наукових принципів і сучасних технологій ефективного управління.

Як показує досвід інших країн, розробка та реалізація інноваційних моделей удосконалення діяльності забезпечують стійкий розвиток ЛПЗ, призводять до підвищення ефективності роботи медичного закладу, оптимізації використання ресурсів та зменшення витрат.

Простежуються переваги комплексного підходу до вибору інноваційних технологій управління з раціональним поєднанням критеріїв моделей досконалості залежно від дослідницьких потреб і практичних міркувань.

Найбільш вдалою, перспективною для застосування в Україні та відповідною до сучасних потреб охорони здоров'я є модель діагностичної самооцінки (модель Тіто Конті). Самооцінка як інструмент управління дозволяє всебічно проаналізувати діяльність лікувального закладу, знайти шляхи оптимізації його роботи за різними напрямками і таким чином сприяє удосконаленню організаційного розвитку ЛПЗ.

На основі аналізу недоліків і переваг поширених інноваційних підходів можна зробити висновок, що найбільш доцільним для лікувального закладу в напрямку оптимізації свого розвитку є розробка власної моделі досконалості на підставі концепції самооцінки та моделі EFQM, з можливими інтеграціями інших інструментів менеджменту якості.

**Перспективами подальшого розвитку** даного напрямку у сфері наукових досліджень є розробка моделі стійкої досконалості організаційного розвитку окремого медичного закладу.

### Список літератури

1. Бирюкова Л. И. Самооценка деятельности в системе менеджмента качества организации: автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Л. И. Бирюкова. – Саранск, 2007. – 18 с.
2. Бирюкова Л. И. Самооценка в системе инструментов измерения результативности деятельности университета / Л. И. Бирюкова, Н. Ш. Ватолкина, Т. А. Салимова // Университетское управление: практика и анализ. – 2008. – № 6. – С. 69–78.

3. Бодак В. М. Оптимізація системи інформаційного забезпечення управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / В. М. Бодак. – К., 2004. – 20 с.
4. Брескина Т. Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Т. Н. Брескина. – М., 2008. – 48 с.
5. Брескина Т. Н. Современные принципы экспертизы качества медицинской помощи / Т. Н. Брескина // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2007. – № 3. – С. 4–12.
6. Брескина Т. Н. Современные подходы к организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Т. Н. Брескина // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 32–36.
7. Брескина Т. Н. Технология реализации принципов TQM (Всеобщего управления на основе качества) в деятельности медицинской организации / Т. Н. Брескина // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 41–43.
8. Васишлин Р. Й. Медико-соціальне обґрунтування інформаційної госпітальної системи управління якістю медичної допомоги : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Р. Й. Васишлин. – К., 2010. – 35 с.
9. Вдосконалення медико-соціальних стандартів як складової частини медичних технологій діагностично-лікувального процесу, соціальної задоволеності та економічної ефективності в системі охорони здоров'я України / Н. І. Кольцова, Н. Б. Федорків, В. С. Стукал, А. М. Гулій // Галиц. лікар. вісн. – 2007. – № 4. – С. 101–103.
10. Галеев В. И. Самооценка - метод совершенствования системы менеджмента качества / В. И. Галеев, Т. Ю. Дворук // Сертификация. – 2002. – № 1. – С. 20–22.
11. Гусаков Ю. Модель делового совершенства EFQM и ее применение в России / Ю. Гусаков, Е. Тавер // Стандарты и качество. – 2005. – № 8. – С. 46–51.
12. ДСТУ ISO 9000:2001. Системи управління якістю. Основні положення та словник (ISO 9000:2000, IDT). – К. : Держстандарт України, 2001. – 40 с.
13. Дудин М. Н. Совершенствование работы ЛПУ путем управления инновационным развитием / М. Н. Дудин, Н. В. Лясников // Стоматолог. – 2011. – № 4. – С. 4–8.
14. Журавель В. В. Моделювання діяльності міської амбулаторної стоматологічної служби на основі системи управління якістю ISO 9001 : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / В. В. Журавель. – К., 2007. – 22 с.
15. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / А. Б. Зіменковський. – К., 2007. – 34 с.
16. Зюков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / О. Л. Зюков. – К., 2009. – 36 с.
17. Калита П. Стрижень реформ, або як істотно підвищити ефективність реформування в інтересах усіх громадян України / П. Калита // Дзеркало тижня. Україна. – 2012. – № 11. – 23 бер.
18. Калита П. Я. Главное звено. Деловая лирика и публицистика / П. Я. Калита. – К. : Укр. ас. качества, 2011. – 220 с.
19. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.
20. Конти Т. Самооценка в организациях / Т. Конти. – М. : РИА «Стандарты и Качество», 2000. – 328 с.
21. Короткова А. В. Модель системного совершенствования организации медицинской помощи / А. В. Короткова // [Электронный научный журнал] «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. – № 4. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/253/30/lang.ru>. – Титул с экрана:
22. Маслов Д. В. От качества к совершенству. Полезная модель EFQM / Д. В. Маслов. – М. : РИА «Стандарты и качество», 2008. – 152 с.
23. Маслов Д. В. Полезная модель EFQM: профилактика системы системы управления / Д. В. Маслов, А. Л. Шестаков, Д. Мидхерст // Методы менеджмента качества. – 2006. – № 7. – С. 34–39.
24. Маслов Д. В. Профилактика системы управления: полезная модель EFQM / Д. В. Маслов, А. Л. Шестаков, Д. Мидхерст // Методы менеджмента качества. – 2006. – № 7. – С. 34–39.
25. Маслов Д. В. Самооценка в системе координат «измерение показателей – внутренний аудит – модели совершенства» / Д. В. Маслов // Методы менеджмента качества. – 2008. – № 1. – С. 15–21.
26. Маслов Д. В. Совершенствование системы управления предприятием на основе организационной самооценки / Д. В. Маслов. – Иваново : ГОУВПО «Ивановский государственный энергетический университет имени В.И. Ленина», 2009. – 180 с.
27. Немытин Ю. В. Общее управление и управление качеством – процесс единый. Наш опыт выхода из кризиса / Ю. В. Немытин, Т. Н. Брескина, Ю. Н. Фокин // Стандарты и качество. – 2005. – № 6. – С. 64–69.
28. Немытин Ю. В. Современные технологии управления качеством медицинской помощи / Ю. В. Немытин, Т. Н. Брескина // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2008. – № 1. – С. 47–51.
29. Немытин Ю. В. Становление и развитие системы управления медицинской организацией на основе современных технологий управления качеством / Ю. В. Немытин, Т. Н. Брескина // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 4. – С. 73–79.
30. Росс Г. На шляху до системи управління якістю вторинної медичної допомоги в Україні / Г. Росс // Главный врач. – 2008. – № 10. – С. 29–36.
31. Савин К. Н. Моделирование самооценки качества промышленного предприятия / К. Н. Савин // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 8. – С. 223–226.

32. Сафонов А. А. Модель Совершенства EFQM – эффективный инструмент для самооценки менеджмента организаций (Материалы V науч.-практ. конф. «Банки. Процессы. Стандарты. Качество») / А. А. Сафонов // Вестник НБ Республики Башкортостан. – 2008. – № 1 (252). – С. 25–30.
33. *Современные подходы к стандартизации и внедрению новых технологий в отоларингологии* / Егоров В. И., Хышов В. Б., Козаренко А. В., Брескина Т. Н. // Рос. отоларингол. – 2007. – № 3 (28). – С. 31–40.
34. Тарас О. Я. Огляд існуючих алгоритмів та моделей пошуку у WEB / О. Я. Тарас // Інформаційні системи та мережі : [зб. наук. пр.] ; відп. ред. В. В. Пасічник. – Л. : Нац. ун-т Львівська політехніка, 2003. – С. 286–296.
35. Фуртак І. І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / І. І. Фуртак. – Л., 2010. – 20 с.
36. Чумак Л. І. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Л. І. Чумак. – К., 2010. – 24 с.
37. Янишевский А. Э. Реализация механизма самооценки по критериям Всеукраинского конкурса качества / А. Э. Янишевский // Стандарты и качество. – 2002. – № 10. – С. 80–81.
38. Bergholz W. Quality management (TQM) in public health-care (PHC): principles for cost-performance calculations and cost reductions with better quality / W. Bergholz // Gesundheitswesen. – 2008. – Vol. 70 (11). – P. 640–643.
39. Braune S. Establishment of a quality management system in a department of ophthalmology / S. Braune, T. Kohnen // Klin Monbl Augenheilkd. – 2009. – Vol. 226 (8). – P. 616–623.
40. Martnez A. J. A. Quality management in internal medicine. From Pareto to EFQM / A. J. A. Martnez // Med Clin (Barc). – 2012. – Vol. 138 (7). – P. 306–311.
41. Moll M. C. A quality evaluation tableau for health institutions: an educational tool / M. C. Moll, F. Decavel, C. Merlet // Rech Soins Infirm. – 2009. – Vol. 98. – P. 19–27.
42. Steinbrucker S. Quality management systems are compulsory: clinics have the choice. Comparison of the systems DIN EN ISO 9000 ff, KTQ and EFQM / S. Steinbrucker // Radiologe. – 2011. – Vol. 51(10). – P. 835–843.
43. Successful implementation of the EFQM management model at the Department of Ophthalmology in Graz / Langmann G., Maier R., Theisl A. [et al.] // Ophthalmologie. – 2011. – Vol. 108 (4). – P. 351–363.
44. The EFQM Excellence Model / Public and Voluntary Sector Version. – EFQM, 2003. – 38 p.
45. Use of the EFQM red threads in the health public health system / Ferr6ndiz-Santos J., Lorenzo-Martnez S., Navarro-Royo C. [et al.] // Rev Calid Asist. – 2010. – Vol. 25 (3). – P. 120–128.
46. Vakani F. Three-level quality assessment of a dental hospital using EFQM / F. Vakani, Z. Fatmi, K. Naqvi // Int. J. Health Care Qual Assur. – 2011. – Vol. 24 (8). – P. 582–591.

## ОЦЕНКА ПОДХОДОВ К РАЗРАБОТКЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИННОВАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.Д. Дячук (Киев)

В статье проанализированы инновационные управленческие технологии совершенствования деятельности медицинских учреждений и опыт их внедрения. Установлено, что управленческие технологии по развитию организаций базируются на концепции делового совершенствования. Отмечено, что наиболее перспективными для применения в Украине являются модель диагностической самооценки и модель EFQM. Сделан вывод, что наиболее целесообразным для лечебного учреждения при оптимизации развития является разработка собственной модели совершенствования.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** инновационные модели, совершенствование деятельности, менеджмент качества, организационная самооценка, модель EFQM.

## EVALUATION OF APPROACHES TO THE DEVELOPMENT AND USE INNOVATIVE MODELS FOR IMPROVEMENT ACTIVITIES OF HEALTH CARE FACILITIES

D.D. Dyachuk (Kyiv)

The article described the innovative management technology improvement of health care facilities and the experience of their implementation. Have been founded that management technologies in organizational development based on the concept of business excellence. It is noted that the most promising for use in Ukraine is a diagnostic model self-evaluation and model EFQM. It was concluded that the most appropriate treatment facility for optimization of development is to develop its own model of perfection.

**KEY WORDS:** innovative models, improvement activities, quality management, organizational self-assessment, EFQM model.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий

В. Є. БЛІХАР (Тернопіль)

## ФОРМУЛЯРНА СИСТЕМА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК КЕРОВАНА СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з актуальних проблем сьогодення і разом з тим, основною цільовою функцією медичної галузі. Ми запропонували провідний функціонально-структурний компонент організації функціонування формулярної системи – підсистему моніторингу використання лікарських засобів як запоруку оцінки ефективності й результативності діяльності формулярної системи засобами оборотного зв'язку між досягнутими і запланованими результатами діяльності. Моніторинг дозволяє виявити відхилення у діяльності системи та забезпечити заходи з їх врегулювання, вплинути на якість медичної допомоги та ефективність використання ресурсів фармакотерапії, а також визначити можливості подальшого удосконалення дієвості формулярної системи.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** формулярна система лікарських засобів, управління якістю медичної допомоги, системний підхід та аналіз, шість аспектів системного підходу, функціонально-структурна схема організації формулярної системи.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з актуальних проблем сьогодення і разом з тим, основною цільовою функцією медичної галузі. В Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», у постанові Кабінету Міністрів України від 2 лютого 2011 № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні» визначено основні напрямки реформи медичного обслуговування, що включають підвищення доступності та якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування [2, 3].

Реформування фактично означає створення нової системи охорони здоров'я з якісною медичною допомогою. Першочергове значення для управління якістю має стандартизація, що спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, які застосовують в охороні здоров'я. Важливе місце серед технологій і робіт, що підлягають стандартизації, належить використанню найефективніших, безпечних та економічно-доцільних лікарських засобів під час надання медичної допомоги населенню. Стандартизація застосування лікарських засобів забезпечується розвитком формулярної системи на всіх рівнях управління галузю – від закладу охорони здоров'я до Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України [1, 4, 5].

**Мета дослідження:** основною (генеральною) метою розробки, створення і розвитку формулярної системи в Україні слід визначити органі-

зацію надання доступної і якісної профілактичної та лікувально-діагностичної медичної допомоги населенню в частині застосування лікарських засобів з доведеною ефективністю, результативністю і безпечністю.

Досягнення генеральної мети (цілі) можливо за умови визначення і досягнення ряду підцілей. Такими підцілями слід вважати розробку і періодичне оновлення Державного формуляра лікарських засобів; адаптацію Державного формуляра на регіональному рівні, тобто створення і впровадження в роботу регіонального формуляра лікарських засобів МОЗ АР Крим, головної управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Ще однією підціллю визначено відповідну адаптацію регіонального формуляра на рівні закладів охорони здоров'я, що означає розробку і впровадження в роботу локальних формулярів лікарських засобів (рис.1).

Таким чином, досягнення основної (генеральної) мети формулярної системи шляхом адаптації Державного формуляра лікарських засобів на регіональному і локальному рівнях, його періодичне оновлення і впровадження в роботу закладів охорони здоров'я сприятиме всебічному охопленню стандартизацією лікувального процесу на кожному робочому місці лікарів у частині застосування лікарських засобів по відношенню до хворого з конкретною нозологічною формою і клінічним станом, жителя міста і сільської місцевості. Отже, раціональне використання лікарських засобів буде доступним для будь-якого пацієнта, який відчуває потребу в медикаментозному лікуванні.

**Матеріали і методи.** Методологія дослідження побудована на використанні методу системного підходу та аналізу.

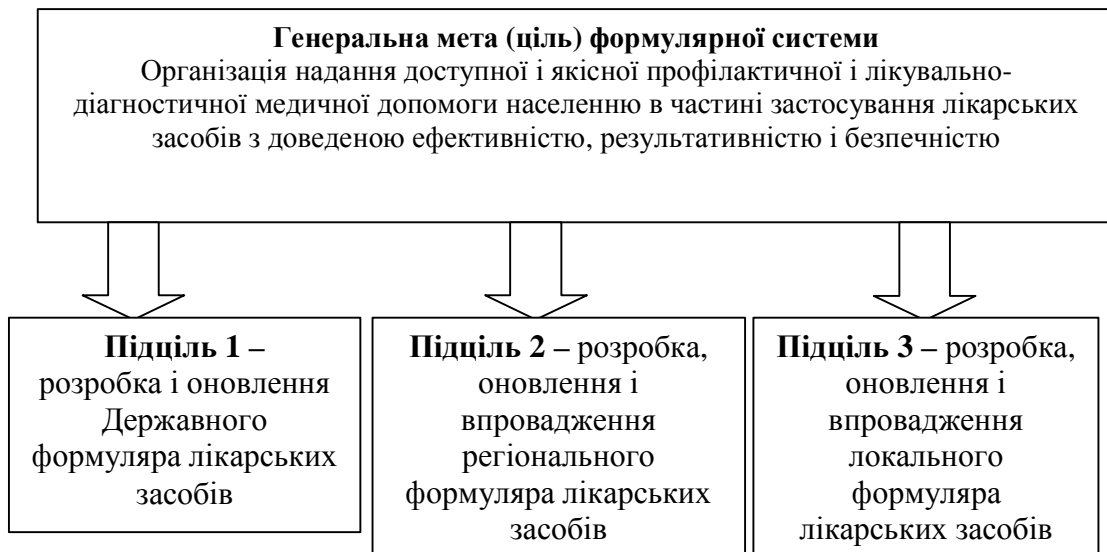


Рис. 1. Генеральна ціль та підцілі функціонування формулярної системи

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ефективне функціонування формулярної системи можливо в нормативно-правовому полі, сформованому законодавчими і відповідними підзаконними актами (рис. 2).

В Україні сформовано нормативно-правову основу для обґрунтування, розробки і впровадження моделі формулярної системи для забезпечення лікарськими засобами практичну охорону здоров'я.

Встановлення генеральної цілі та підцілей функціонування формулярної системи, її законодавчих підвалин дозволяє надалі вирішувати питання щодо організації формулярної системи. Адже ця система, як будь-яка керована система, означає наявність комплексу обов'язкових складових – **суб'єкта управління, об'єкта управління і блоку наукового регулювання**, що перебувають між собою у певному функціонально-структурному зв'язку, підтримують зовнішні комунікації з іншими системами, використовують найкращий світовий і вітчизняний досвід для поліпшення діяльності. Ефективність діяльності системи забезпечується саме високим рівнем організації її складових елементів, а універсальним методом для моделювання високоорганізованих систем є метод системного підходу в його шести аспектах. Отже, метод системного підходу ми використали при моделюванні формулярної системи як керованої підсистеми управління якістю медичної допомоги населенню України. Функціонально-структурну схему організації формулярної системи з використанням шести аспектів системного підходу представлено на рисунку 3. Моделювання суб'єкта управління через *системно-компонентний* аспект системного підходу дозволило нам визначити і сформулювати його елементний склад на всіх рівнях управління галуззю. Для успішного функціонування управлінського персоналу

здійснили його диференціацію на чотири основні функціонально-посадові групи.

До першої групи на рівні Міністерства охорони здоров'я віднесено в якості суб'єкта управління Міністра охорони здоров'я та заступника Міністра згідно з поділом функціональних обов'язків. На регіональному рівні першу групу складають Міністр охорони здоров'я АР Крим, начальники обласних управлінь охорони здоров'я, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, їх заступники, а на рівні закладів охорони здоров'я – головні лікарі та їх заступники за профільним видом діяльності.

Другу функціонально-посадову групу на вищому рівні управління формує президія Центрального формулярного комітету (ЦФК) – спеціально створений постійно діючий робочий орган при МОЗ України, поточну діяльність якого очолює голова Центрального формулярного комітету, а також керівники консультативно-експертних груп ЦФК.

На регіональному і місцевому рівнях до відповідної групи входять голови та заступники голів регіональних формулярних комітетів, голови та заступники голів фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров'я.

До третьої групи належать особи, які виконують допоміжні управлінські функції на будь-якому рівні управління, переважно технічного змісту: статистики, оператори комп'ютерної техніки, секретарі, діловоди, кур'єри, а до четвертої – особи, які опосередковано беруть участь в управлінській діяльності (керівники громадських організацій, у тому числі медичних професійних асоціацій, а також товариств і спільнот із захисту прав пацієнтів тощо).

До числа інших компонентів при організації апарату управління формулярної системи слід віднести, зокрема, фінанси, матеріально-технічну базу, штати, умови праці співробітників. Дані ком-



Рис. 2. Нормативно-правова база функціонування формулярної системи

поненти на рівні МОЗ України забезпечуються за рахунок ДП «Державний експертний центр» МОЗ України, на регіональному рівні – за рахунок МОЗ АР Крим, управлінь охорони здоров'я обласних та Київської, Севастопольської міських державних адміністрацій, а на місцевому рівні – за рахунок закладів охорони здоров'я.

Використання *системно-функціонального* аспекту системного підходу дозволило визначити службовий статус компонентів суб'єкта управління, розподіл повноважень, обов'язків і відповідальності, а також запропонувати функціональні взаємовідносини в апараті управління формулярною системою.

Керівники формулярної системи на вищому рівні галузі вповноважені приймати стратегічні управлінські рішення з питань функціонування і розвитку формулярної системи в Україні для забезпечення ефективної та доступної фармакотерапії населенню на основі:

– міжнародного досвіду функціонування національних формулярів лікарських засобів інших країн;

– прогнозованої оцінки захворюваності, поширеності хвороб та причин смертності в Україні з формуванням переліку пріоритетних хвороб на перспективу;

– концептуальних принципів розробки, перегляду та оновлення Державного формуляра лікарських засобів;

– розробки та затвердження галузевих нормативно-правових актів з питань функціонування формулярної системи в країні;

– підготовки законодавчих документів у сфері застосування раціональних, організаційно та економічно ефективних методів постачання і використання лікарських засобів для забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

На тактичному рівні управління перші особи забезпечують організацію та контроль щорічного перегляду, оновлення, випуску і розповсюдження Державного формуляра лікарських засобів, а на оперативному – координацію роботи та науково-методичне керівництво формулярними комітетами МОЗ АР Крим, управлінь охорони



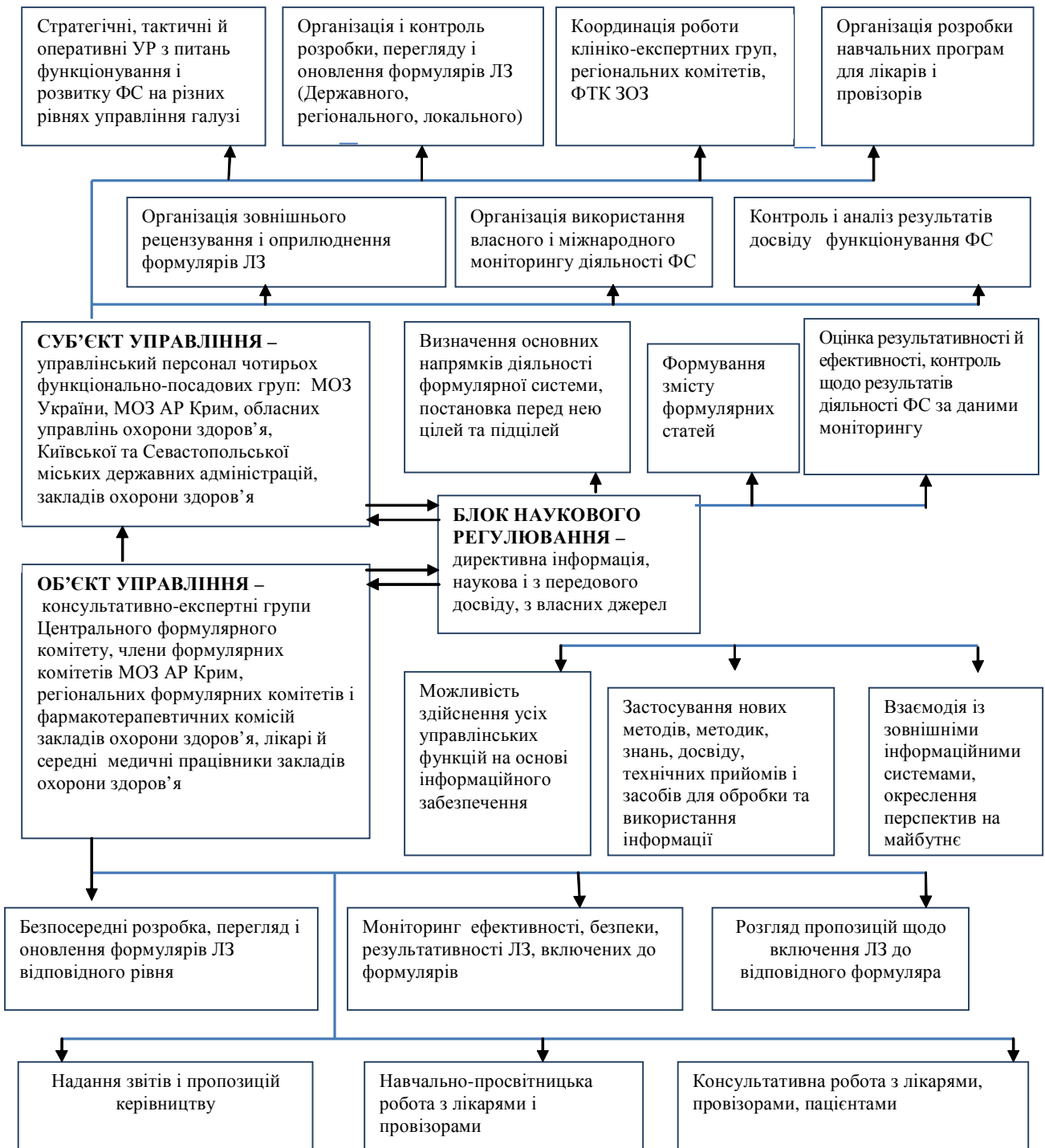


Рис. 3. Функціонально-структурна схема організації формулярної системи

здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

На регіональному рівні осіб першої функціонально-посадової групи наділяють відповідними стратегічними і тактико-оперативними функціями:

- стратегічне планування раціонального використання лікарських засобів на основі прогностичних статистичних даних про поширеність захворювань у регіоні;
- організації і контролю щорічного поетапного розгляду фармакотерапевтичних груп і окремих лікарських засобів щодо включення/

виключення їх до/з регіонального формуляра лікарських засобів з найбільшою доказовою базою щодо ефективності, безпеки та економічно вигідного використання в даному регіоні;

- оприлюднення проекту регіонального формуляра, отримання і аналізу коментарів від фахівців у сфері охорони здоров'я, пацієнтів та інших зацікавлених осіб у регіоні.

Керівники закладів охорони здоров'я та їх заступники здійснюють:

- стратегічне планування забезпечення населення території діяльності закладу лікарськи-

ми засобами з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання коштів закладу охорони здоров'я з урахуванням статистичних даних про поширеність, структуру захворювань та демографічні характеристики населення;

- організацію і контроль розробки локальних формулярів лікарських засобів на основі регіонального формуляра лікарських засобів і протоколів медичної допомоги, впровадження їх в роботу;

- контроль і аналіз результатів моніторингу ефективності та безпеки лікарських засобів;

- оприлюднення проекту локального формуляра;

- координацію роботи та науково-методичне керівництво діяльністю лікарів та середнього медичного персоналу закладу охорони здоров'я в частині підготовки, використання та моніторингу результативності та безпеки лікарських засобів, включених до локального формуляра;

- отримання і аналіз коментарів від фахівців закладу охорони здоров'я, пацієнтів та інших зацікавлених осіб території обслуговування з питань використання лікарських засобів.

Моделювання функцій осіб другої функціонально-посадової групи на вищому рівні управління передбачає наділення повноваженнями і відповідальністю з питань забезпечення діяльності формулярної системи голови Центрального формулярного комітету, а також керівників консультативно-експертних груп ЦФК.

Такими повноваженнями визначені:

- подання до МОЗ України пропозицій щодо змісту, структури, визначення критеріїв оцінки лікарських засобів щодо рекомендації їх для включення/виключення до Державного формуляра лікарських засобів;

- організація розробки, перегляду та оновлення Державного формуляра;

- організація процесу рецензування та громадського обговорення Державного формуляра або окремих його розділів;

- планування та розробка програм моніторингу та оцінки застосування лікарських засобів для забезпечення їх раціонального використання, необхідного інформаційного забезпечення щодо їх ефективності;

- організація надання допомоги в розробці цільових медико-фармацевтичних освітніх програм, підвищення професійної кваліфікації медичних працівників з питань використання лікарських засобів.

Голови і заступники голів регіональних формулярних комітетів несуть відповідальність за:

- організацію перегляду та оновлення регіональних формулярів лікарських засобів не рідше одного разу на рік;

- координацію роботи та науково-методичне керівництво діяльністю фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров'я державної або комунальної форми власності, що функціонують у даному регіоні;

- підготовку заходів щодо оптимізації забезпечення населення регіону лікарськими засобами;

- розробку і надання МОЗ України, МОЗ АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій пропозицій щодо покращення використання лікарських засобів у закладах охорони здоров'я регіону;

- розгляд пропозицій з включення/виключення лікарських засобів до/з регіональних формулярів про внесення змін та доповнень до регіональних формулярів;

- аналіз результатів моніторингу ефективності та безпеки формулярних і не формулярних лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я державної або комунальної форми власності, що функціонують у даному регіоні;

- погодження локальних формулярів лікарських засобів закладів охорони здоров'я;

- підтримку і сприяння в обговоренні, розробці й впровадженні нормативних документів зі стандартизації медичної допомоги (клінічні настанови, медичні стандарти, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги).

Ряд функціональних обов'язків та повноважень голів фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров'я та їх заступників складається з наступних компонентів:

- організація розробки і постійного оновлення локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я державної або комунальної форми власності;

- оптимізації використання лікарських засобів у закладі охорони здоров'я за допомогою оцінки їх застосування, безпеки, удосконалення призначення лікарських засобів;

- організації забезпечення інформацією з питань раціональної фармакотерапії серед лікарів закладу охорони здоров'я, організації проведення лекцій та семінарів для лікарів з питань використання лікарських засобів;

- надання пропозицій МОЗ України, МОЗ АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо покращення використання лікарських засобів у закладах охорони здоров'я.

Визначені функції кожної посадової особи з питань управління формулярною системою на різних рівнях медичної допомоги доцільно включити у відповідні існуючі посадові інструкції з пакетами документів методичного і технологічного характеру із різних видів управлінських впливів і операцій.

Визначення функціональних взаємовідносин елементів суб'єкта управління дозволяє встановити ступінь участі кожного з них у виконанні окремих функцій. Надалі представлено функціональні взаємовідносини другої функціонально-посадової групи апарату управління різних рівнів медичної допомоги на прикладі здійснення функції моніторингу формулярної системи (табл. 1).

*Системно-структурний аспект* системного підходу передбачає визначення організації внутрішнього взаємозв'язку між введеними в систему компонентами, що засвідчується через

підтвердження використання відповідних документів та лінією їх обігу, а також типів управлінських взаємовідносин між посадовими особами й об'єктами управління залежно від специфіки питань, які необхідно вирішувати, характеру і специфіки управлінських ситуацій.

З використанням попереднього прикладу, здійснення функціонального взаємозв'язку груп щодо моніторингу формулярної системи галузевого, регіонального, місцевого рівня відбувається на основі форм облікової та статистичної звітності, затверджених МОЗ України, а також даних інших

Таблиця 1. Функціональні взаємовідносини другої функціонально-посадової групи апарату управління

Етапи моніторингу формулярної системи	Підрозділи апарату управління		
	центральний формулярний комітет	регіональний формулярний комітет	Фармако-терапевтична комісія ЗОЗ
1. Визначення об'єктів ФС, що підлягають оцінці	***	**	*
2. Створення набору індикаторів моніторингу ФС	***	**	*
3. Визначення джерел отримання даних для розрахунку індикаторів моніторингу	***	**	*
4. Збір даних	**	**	***
5. Розрахунок і аналіз індикаторів	***	—	—
6. Використання даних моніторингу	***	***	***

Примітка: 1. \* – низький ступінь участі у виконанні даної функції;  
2. \*\* – середній ступінь участі у виконанні даної функції;  
3. \*\*\* – високий ступінь участі у виконанні даної функції.

реєстрів, представлених інформаційно-аналітичними відділами. Зібрані дані передаються на галузевий рівень у підрозділ з моніторингу формулярної системи Центрального формулярного комітету, де відбувається їх обробка і аналіз. Результати аналізу подає Центральний формулярний комітет на регіональні й місцеві рівні для прийняття управлінських рішень з усунення невідповідностей в діяльності формулярної системи за визначеними індикаторами, а також використовують для прийняття коригувальних рішень на галузевому (національному) рівні.

На основі загальних підходів до змісту управління можна зазначити, що чим вищий рівень управління формулярною системою, тим більш стратегічним повинен бути його характер, орієнтований на вирішення проблеми раціональної фармакоterapiї на національному рівні, при одночасному виконанні тактичних і оперативних функцій. Перехід на нижчі рівні управління – регіональний, місцевий – означає пріоритетність тактико-оперативних функцій при встановлених стратегічних цілях в управлінні формулярною системою, що і дотримано нами при моделюванні функцій керівників різних ієрархічних рівнів.

Взаємозв'язок стратегічного і тактико-оперативного управління відбувається на основі лінійного (пряме ієрархічне підпорядкування

компонентів управління формулярною системою з визначеною службовою субординацією залежно від рівня – галузевого, регіонального, місцевого) і функціонального (наприклад, залучення до елементного складу управління фахівців-клінічних провізорів) зв'язку, що дозволяє інтегрувати функції на кожному рівні управління.

Факторами *системно-інтегративного аспекту* організації формулярної системи, що утримують її цілісність і сприяють розвитку, слід визначити організацію регулярного (щорічного) оновлення Державного формуляра лікарських засобів з відповідним переглядом і оновленням регіональних і локальних формулярів; оптимізацію використання лікарських засобів у закладі охорони здоров'я за допомогою оцінки ефективності й результативності їх застосування, безпеки, удосконалення призначення лікарських засобів; використання актуальної інформації (директивної, наукової, медико-статистичної, демографічної, даних моніторингу використання ЛЗ-інформації з власних джерел); поліпшення технічних можливостей для збору й обробки даних функціонування формулярної системи; підвищення професійної кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників з питань використання лікарських засобів, забезпечення їх інформацією з питань раціональної фармакоterapiї.

Зокрема, ми запропонували провідний функціонально-структурний компонент організації функціонування формулярної системи – підсистему моніторингу використання лікарських засобів як запоруку оцінки ефективності й результативності діяльності формулярної системи засобами оборотного зв'язку між досягнутими і запланованими результатами діяльності. Моніторинг дозволяє виявити відхилення в діяльності системи та забезпечити заходи з їх врегулювання, впливати на якість медичної допомоги та ефективність використання ресурсів фармакотерапії, а також визначати можливості подальшого удосконалення дієвості формулярної системи.

*Системно-комунікаційний* аспект системного підходу забезпечує цілеспрямовану взаємодію формулярної системи з іншими інформаційними системами шляхом використання різноманітних видів, форм, шляхів і методів зовнішніх комунікацій. Останні відбуваються в напрямку і шляхом організації вивчення та узагальнення міжнародного досвіду функціонування і змісту формуляра ВООЗ та національних формулярів лікарських засобів інших країн, клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що затверджені наказами МОЗ України, а також баз міжнародних клінічних настанов щодо розроблення статистичних даних стосовно ефективності та безпеки лікарських засобів.

За допомогою зовнішніх комунікацій забезпечується здійснення зовнішнього рецензування та громадського обговорення проекту чергового випуску Державного формуляра.

Зовнішнє рецензування проводять незалежні рецензенти в кількості не менш трьох осіб, які не входять до складу консультативно-експертних груп з розробки Державного формуляра.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15.10.2004 №1378 «Деякі питання щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», з метою проведення громадського обговорення Державного формуляра електронна версія його проекту розміщується на сайтах МОЗ України ([www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)) та ДП «Державний експертний центр» МОЗ України ([www.pharma-center.kiev.ua](http://www.pharma-center.kiev.ua)) протягом одного місяця. Допускається публікація проекту Державного формуляра у засобах масової інформації.

Зауваження та пропозиції за результатами громадського обговорення приймаються у письмовій формі електронною поштою, а також засобами поштового зв'язку, систематизуються і обговорюються на засіданнях консультативно-експертних груп Центрального формулярного комітету.

Застосування на практиці *системно-історичного* аспекту при організації апарату управління формулярної системи дозволить врахувати набутий власний досвід та історичний досвід інших

країн з питань розробки, впровадження, діяльності та розвитку формулярної системи. Попередній аналіз світових наукових і вітчизняних літературних джерел і нормативно-правових актів засвідчив, що за сучасних умов створення і функціонування формулярної системи в Україні на всіх рівнях управління галузі відбувається на основі досвіду зарубіжних країн, державного регулювання фармацевтичного ринку, становлення системи стандартизації медичної допомоги, розвитку фармакоекономіки та оцінки нових медичних технологій. Врахування зазначеного досвіду дозволить керівникам знаходити позитивні фактори розвитку формулярної системи в сучасних умовах, використовувати їх для розробки поточних і перспективних планів і вибору адекватних методів роботи.

До *елементів* об'єктів управління формулярної системи належать консультативно-експертні групи Центрального формулярного комітету, члени формулярних комітетів МОЗ АР Крим, регіональних формулярних комітетів і фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров'я, лікарі й середні медичні працівники закладів охорони здоров'я.

Склад консультативно-експертних груп Центрального формулярного комітету представлений головними позаштатними спеціалістами МОЗ України, провідними фахівцями науководослідних установ, підпорядкованих МОЗ України та Академії медичних наук України, іншими фахівцями галузі.

Членами регіональних комітетів призначаються представники МОЗ АР Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, штатні й позаштатні головні спеціалісти. Для розгляду окремих питань комітети можуть запрошувати на засідання фахівців, які не є членами комітету.

До складу фармакотерапевтичних комісій закладу охорони здоров'я входять заступники керівника закладу охорони здоров'я, відповідальні за надання медичної допомоги, провізор клінічний (у разі його відсутності – особа з вищою медичною або фармацевтичною освітою, на яку покладено здійснення моніторингу ефективності та безпеки лікарських засобів у стаціонарі), завідувачі відділень лікувального профілю закладу охорони здоров'я, завідувач організаційно-методичного (статистичного) підрозділу закладу, найдосвідченіші лікарі й середні медичні працівники закладів охорони здоров'я.

З точки зору *системно-функціонального* аспекту системного підходу при моделюванні об'єкта управління можна здійснити наступний розподіл відповідальності й повноважень залежно від специфіки завдань на відповідному рівні діяльності формулярної системи:

– для членів консультативно-експертних груп Центрального формулярного комітету – безпо-

середня розробка структури розділу Державного формуляра, а також відбір лікарських засобів за міжнародною непатентованою назвою відповідно до критеріїв відбору лікарських засобів до Державного формуляра; щорічний перегляд та оновлення Державного формуляра, аналіз пропозицій та зауважень стосовно структури розподілу та переліку лікарських засобів для включення/виключення до/з Державного формуляра; звітування перед президією і головою Центрального формулярного комітету щодо розробки Державного формуляра у формі висновку консультативно-експертної групи;

– для членів регіональних комітетів – розгляд матеріалів, представлених для включення/виключення до/з відповідного регіонального формуляра лікарських засобів; надання пропозицій щодо змісту відповідного регіонального формуляра лікарських засобів; розгляд на предмет визначення обґрунтованості та погодження локальних формулярів лікарських засобів закладів охорони здоров'я; проведення просвітницьких заходів для медичних працівників та пацієнтів регіону в сфері раціональної фармакотерапії;

– для членів фармакотерапевтичних комісій закладу охорони здоров'я – розробка локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я на основі відповідного регіонального формуляра лікарських засобів, його перегляд та оновлення не рідше одного разу на рік; розгляд пропозицій лікарів з включення/виключення лікарських засобів до/з локального формуляра закладу охорони здоров'я, про внесення змін і доповнень до локального формуляра закладу охорони здоров'я; оцінка застосування, безпеки, удосконалення призначення лікарських засобів; забезпечення інформацією з питань раціональної фармакотерапії лікарів закладу охорони здоров'я; аналіз статистичних даних щодо захворюваності, статистики госпіталізованих до стаціонару, фармакоепідеміологічний, АВС-, VEN-аналіз використання лікарських засобів, визначення раціональності закупівлі лікарських засобів та її відповідності пріоритетам лікування; аналіз ускладнень та помилок фармакотерапії; розробка і надання пропозицій МОЗ України, МОЗ АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо покращення використання лікарських засобів у закладах охорони здоров'я; надання консультацій фахівцям клінічних, адміністративних підрозділів і фармацевтичних закладів з питань пов'язаних з використанням лікарських засобів; проведення лекцій та семінарів для лікарів з питань використання лікарських засобів.

Розподіл обов'язків, повноважень і відповідальності членів консультативно-експертних

груп, регіональних комітетів, фармакотерапевтичних комісій представлено в задокументованому вигляді у відповідних Положеннях про Центральний формулярний комітет, регіональний формулярний комітет, фармакотерапевтичну комісію закладу охорони здоров'я.

*Системно-структурний* аспект системного підходу для об'єкта управління реалізується шляхом визначення характеру і способу взаємодії елементів об'єкта в службово-виробничих відношеннях, а також типом підпорядкування між посадовими особами і виконавчими (робочими) органами.

Встановлення зазначених взаємозв'язків зумовлює вирішення поставлених завдань перед елементним складом об'єкта управління в їх комплексі. Наприклад, представлення аналізу статистичних даних щодо захворюваності, статистики госпіталізованих до стаціонару членом фармакотерапевтичної комісії – заступником головного лікаря з організаційно-методичної роботи – дозволяє співставити обсяги реально витрачених і запланованих лікарських засобів, а фармакоекономічний АВС-, VEN-аналіз використання лікарських засобів, проведений клінічним провізором з урахуванням статистики госпіталізацій, зумовлює визначення раціональності закупівлі лікарських засобів та її відповідності пріоритетам лікування. Результати моніторингу безпеки використання лікарських засобів, представлені медичними працівниками і клінічними провізорами, беруть в основу аналізу ускладнень та помилок фармакотерапії, яку здійснюють члени фармакотерапевтичної комісії, а потім враховують при оновленні локального формуляра тощо.

Типи підпорядкування між посадовими особами і виконавчими (робочими) органами при вирішенні системно-функціонального аспекту системного підходу описано вище.

У *системно-інтегративному* аспекті системного підходу об'єкт управління представляється в своєму безперервному професійному розвитку, спрямованому на використання сучасних фармацевтичних технологій, найефективніших та раціональних, безпечних і доступних населенню лікарських засобів, характеристики яких підтверджені даними доказової медицини. Професійний розвиток забезпечується системою безперервного навчання членів консультативно-експертних груп, регіональних комітетів, фармакотерапевтичних комісій, лікарів, провізорів, середніх медичних працівників закладів охорони здоров'я. Складовою професійного розвитку слід вважати набутий досвід фахівців, їх думку стосовно результативності й безпеки лікарського засобу, ефективності діяльності формулярної системи на різних рівнях, що визначається методом соціологічного опитування на регулярній основі.

*Системно-комунікаційний* аспект системного підходу для об'єкта управління передбачає участь елементного складу в зовнішніх комунікаціях, визначених раніше для суб'єкта управління. Наприклад, члени консультативно-експертних груп Центрального формулярного комітету безпосередньо використовують інформаційні системи, що містять формуляри ВООЗ та національні формуляри лікарських засобів інших країн, регламенти медичної допомоги, затверджені наказами МОЗ України, статистичні дані стосовно ефективності та безпеки лікарських засобів. До відома членів консультативно-експертних груп ставлять результати зовнішнього рецензування та громадського обговорення проекту чергового випуску Державного формуляра і вони їх враховують у подальшій роботі. Взаємодія з іншими інформаційними системами тісно пов'язана з *системно-історичним* аспектом моделювання об'єкта управління, оскільки інформаційний ресурс використовують з урахуванням набутого історичного досвіду розвитку формулярної системи на теренах інших країн та власних уроків функціонування формулярної системи на основі національних особливостей.

Моделювання блоку наукового регулювання, або служби інформаційного забезпечення, формулярної системи, як третьої обов'язкової її складової, відбувалось за вищезазначеними шістьма аспектами системного підходу.

Особливістю даної складової при визначенні *елементного складу* слід вважати розподіл інформації – основи функціонування системи – на три класичні складові за її джерелами надходження: інформацію директивну, наукову та з передового досвіду, інформацію з власних джерел. Власниками і розпорядниками інформації в діяльності формулярної системи є елементи суб'єкта й об'єкта управління згідно з розподілом обов'язків і повноважень, зазначених вище.

*Системно-функціональний* аспект моделювання блоку наукового регулювання дозволив визначити основні функції кожного виду інформації у формулярній системі.

Директивна інформація дозволяє визначати основні напрямки діяльності формулярної системи, постановку перед нею цілей та підцілей. Директивна інформація представлена відповідними до функціонування формулярної системи законами України та нормативно-правовими актами галузевого походження, а також відповідними розпорядчими документами регіонального рівня і закладів охорони здоров'я.

Наукова інформація та з передового досвіду розкриває еталони організації формулярних систем світу, дозволяє обрати оптимальний варіант вирішення вітчизняних проблем фармакотерапії. Наукову інформацію становлять оригінальні журнальні статті й раніше не опубліковані

дослідження, скорочені огляди статей, що забезпечується їх індексацією та реферуванням (дані інформаційних бюлетенів, електронних баз даних), клінічні настанови, медичні стандарти, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, затверджені наказами МОЗ України, бази міжнародних клінічних настанов щодо розроблення статистичних даних стовно ефективності та безпеки лікарських засобів, формуляр ВООЗ та національні формуляри лікарських засобів інших країн.

Інформацію з власних джерел, за результатами моніторингу діяльності формулярної системи, використовують для функції коригування діяльності системи, оцінки результативності й ефективності, контролю за її результатами.

*Системно-структурний* аспект системного підходу представляє внутрішні взаємозв'язки між окремими видами інформації. Слід зазначити, що послідовне використання усіх трьох видів інформації дозволяє здійснити повний набір послідовних функцій (технологічних фаз) в управлінні формулярною системою, в якому віддзеркалюються особливості взаємодії суб'єкта і об'єкта управління: встановлення цілей та підцілей діяльності формулярної системи, прийняття управлінського рішення стосовно організації (впорядкування) системи на основі збору, обробки і аналізу управлінської інформації, планування реалізації управлінського рішення, організацію виконання управлінського рішення (наповнення інформаційним змістом формулярів трьох рівнів, їх періодичний перегляд, оновлення, поширення і використання в лікувальній практиці), а також його координація в разі відхилень від запланованих дій, контроль (оцінка ефективності й результативності діяльності формулярної системи, безпеки лікарських засобів за визначеними індикаторами).

У *системно-інтегративному* аспекті блок наукового регулювання передбачає постійне оновлення інформації, циклічність її надходження, розробку і застосування на цій основі нових методів, методик, знань, досвіду, технічних прийомів і засобів для обробки та використання інформації, а в *системно-комунікаційному* – взаємодію із зовнішніми інформаційними системами з питань організації формулярної системи (міжнародними, експертними, інформацією від пацієнтів). Завершується моделювання блоку наукового регулювання *системно-історичним* аспектом системного підходу, що дозволяє оцінити існуючу формулярну систему з позицій історичного міжнародного та вітчизняного досвіду, а також окреслити її перспективи на майбутнє.

#### **Висновки**

1. У частині забезпечення прав громадян України на охорону здоров'я, якісну і доступну медичну допомогу значна роль належить формулярній системі, що гарантує використання

найдоцільніших, безпечних і економічно ефективних лікарських засобів відповідно до клінічного стану і ступеня тяжкості перебігу патологічного процесу.

2. Формулярна система лікарських засобів являє собою керовану підсистему управління якістю медичної допомоги населенню України.

3. У роботі науково обґрунтовано розробку функціонально-структурної схеми організації формулярної системи з використанням шести аспектів системного підходу.

4. Представлену формулярну систему використання лікарських засобів впроваджено в діяльність закладів охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги у системі охорони здоров'я України і, зокрема, в Тернопільській області.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у визначенні практичних наслідків діяльності функціонально-структурної системи організації забезпечення населення безпечними й ефективними лікарськими засобами з визначенням їх відповідності аспектам системного підходу.

### Список літератури

1. *Державний формуляр лікарських засобів* / за ред. В. Т. Чумака, В. І. Мальцева, А. М. Морозова та ін. – К., 2009. – Вип. 2. – 836 с.
2. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : програма економічних реформ на 2010–2014 роки [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://municipal.gov.ua>. – Назва з екрана.
3. *Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні* : постанова Кабінету Міністрів України від 2 лютого 2011 № 389 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua> – Назва з екрана.
4. *Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я* : Наказ МОЗ України від 30.10.2009 № 529 [Електронний документ]. – Шлях доступу: [moz.gov.ua](http://moz.gov.ua). – Назва з екрана.
5. *Руководство по созданию и имплементации формулярной системы в Украине* / Комиссия Европейского Сообщества. – К. : СПД Ю. В. Шкода, 2005. – 32 с.

### ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КАК УПРАВЛЯЕМАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

В. Е. Бликхар (Тернополь)

Улучшение качества медицинской помощи в Украине считается одной из актуальных проблем и одновременно основной целевой функцией медицинской отрасли. Мы предложили ведущий функционально-структурный компонент организации функционирования формулярной системы – подсистему мониторинга использования лекарственных средств как залог оценки эффективности и результативности деятельности формулярной системы средствами обратной связи между достигнутыми и планируемыми результатами деятельности. Мониторинг позволяет выявить отклонения в деятельности системы и обеспечить меры по их урегулированию, влиять на качество медицинской помощи и эффективность использования ресурсов фармакотерапии, а также определять возможности дальнейшего совершенствования действенности формулярной системы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** формулярная система лекарственных средств, управление качеством медицинской помощи, системный подход и анализ, шесть аспектов системного подхода, функционально-структурная схема организации формулярной системы.

### FORMULAR SYSTEM OF REMEDIES AS A CONTROLLED MANAGEMENT SYSTEM OF THE QUALITY OF HEALTH CARE IN UKRAINE

V. Ye. Blikhar (Ternopil)

Improving the quality of health care in Ukraine is one of the urgent problems nowadays and at the same time the main objective function of the medical sphere. We suggested the leading functional and structural component of operation the formulary system – subsystem of monitoring use of medicines as a guarantee of evaluation effectiveness and efficiency of the formulary system by means of feedback between achieved and planned performance. Monitoring allows revealing abnormalities in the activity of the system and providing measures to resolve them, influence the quality of care and efficiency of resource use pharmacotherapy, and identify opportunities for further improving the effectiveness of the formulary system.

**KEY WORDS:** formulary system of remedies, healthcare quality management, system approach and analysis, six aspects of the system approach, functional block diagram of the formulary system.

Рецензент: доц. Теренда Н.О.

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Л.М. РОМАНЮК (Тернопіль)

## М.І. ПИРОГОВ І Д.К. ЗАБОЛОТНИЙ ЯК ДЗЕРКАЛО ІДЕНТИФІКАЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В статті проводяться історичні паралелі в житті і діяльності двох видатних учених – М. Пирогова і Д. Заболотного, які нині знаходяться на землі Вінниччини, перший у саркофазі, другий, за християнським звичаєм, у землі. Аналізується питання про ідентифікацію української медицини.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** М. Пирогов, Д. Заболотний, історія медицини.

XIX ст. – вершина імперської величі Росії. Була остаточно покорена Україна: в 1775 р. впав останній оплот українськості – Запорізька Січ, введено в Україні кріпацтво і губернський територіальний поділ. Ще раніше в 1713 р. Московія переіменована на Росію. Протягом усього XVIII ст. майже весь інтелектуальний потенціал України було переведено до Росії.

Після так званого воз'єднання з Московією почали горіти українські архіви і книгозбірні, чого не було ні за татаро-монгольського, ні литовського, ні польського панування. 1764 р. згорів архів Межигірського монастиря, в 1780 р. вщент згоріла бібліотека Києво-Могилянської академії, з 2500 книжок, переданих бібліотеці її фундатором Петром Могилою, збереглися лише 3. В 1787 р. згоріла бібліотека Києво-Печерської лаври, в якій зберігалися рукописи та літературні пам'ятки світового значення. В 1811 р. знов згоріла бібліотека академії, поповнена цінними писемними джерелами з різних міст та монастирів України. 1818 р. було врешті-решт закрито Києво-Могилянську академію.

На той час було видано 19 наказів синоду московської патріархії та царських указів про заборону української мови. Зокрема, основний удар спочатку було нанесено друкуванню духовних книг. В 1775 р. були закриті українські школи при полкових козацьких канцеляріях, в 1785 р. видано наказ у всіх православних церквах правити Службу Божу російською мовою. Із країни майже суцільної грамотності, якою Україна була в часи приїзду Патріарха Антіохійського, 1654 р., Україна перетворилась на майже всуціль неграмотну малоросійську губернію, з якої були висмоктані всі інтелектуальні соки.

Була сформована імперська шовіністична теорія походження царської Росії. Історики царської Росії твердили, що державу Русь заснували росіяни. Вони нібито були найдавнішим слов'янським етносом, а українці та білоруси, за цією логі-

кою, відгалузилися від росіян пізніше. Ще в «Синописі» І. Гізеля (вийшов друком 1674 р. у Києво-Печерській лаврі й видавався близько 30 разів, останнє видання 1836 р.), який аж до початку XIX ст. був у Російській імперії основним підручником з історії, Київську Русь проголосили першим етапом російської державності. Першою російською державою вважав Київську Русь і відомий російський історик М.М. Карамзін (1776–1826 рр.), який у 12-томній «Истории государства Российского» (1816–1829 рр.) назвав княжий Київ «матерью городов русских», розуміючи це як «російських».

Концепцію М.М. Карамзіна продовжив у середині XIX ст. російський історик і журналіст за фахом акад. М.П. Погодін (1800–1875 рр.). Він стверджував, що в стародавньому Києві й на Київщині в часи заснування руської державності і до монголо-татарської навали 1240 р. жили росіяни та їхні предки. Після завоювання Київщини монголо-татарами росіяни нібито емігрували на Середню Оку й Верхню Волгу, а на спустошену Київщину прийшли з Прикарпаття українці не раніше кінця XV ст. Цю антинаукову концепцію аргументовано спростував відразу ж після її появи український філолог, історик і фольклорист М. Максимович (1804–1873 рр.), а згодом – всесвітньо відомий філолог А. Кримський (1871–1941 рр.). Нині її намагаються реанімувати деякі політичні кола в Росії та окремі шовіністичні представники російської національної меншини в Україні. Але на тлі новітніх досягнень мовознавства, археології, антропології, історії такі спроби сприймаються як наукове невігластво або політичне шарлатанство.

За часів СРСР великодержавницьку й відверто шовіністичну гіпотезу М.П. Погодіна радянські ідеологи дещо пом'якшили, видавши концепцію окремого давньоруського етносу – давньоруської народності, яка нібито стала етнічною основою росіян, українців та білорусів.

Згідно з твердженням радянських істориків, за доби Київської Русі, а саме протягом IX–X ст.,



унаслідок зближення і злиття багатьох східнослов'янських племен сформувалася етнічна і мовна єдність – давньоруська народність. Вона нібито існувала деякий час і після розпаду Київської Русі – у період феодальної роздрібненості, і лише згодом, після монголо-татарської навали, коли окремі частини Київської Русі опинились в різних державних утвореннях, почався розпад давньоруської народності на три частини, які в XIV–XV ст. перетворилися на три східнослов'янські народності: російську, українську та білоруську. Відповідно до цього і єдина давньоруська мова розпалася на три східнослов'янські мови. Отже, згідно з офіційною доктриною, історія українців і їхньої мови почалася не раніше XIV–XV ст. Будь-які спроби шукати наші корені глибше вважалися підступами «українських буржуазних націоналістів» і жорстко переслідувалися.

Слід сказати, що далеко не всі російські історики й не завжди дотримувались такої антинаукової позиції. Ще класик російської історичної науки В.О. Ключевський (1841–1911 рр.) вважав, що росіяни з'явилися на історичній арені лише після розпаду Київської Русі, тобто не раніше другої половини XII ст. Фактично з позицій М. Грушевського, вперше викладених у його праці «Звичайна схема руської історії і справа раціонального укладу історії східного слов'янства» (1904 р.), розглядала етнічні процеси Київської Русі й офіційна радянська історична наука на чолі з акад. М.М. Покровським – аж до погрому його школи в 1936 р. Ця школа починала російську історію з Володимиро-Суздальського князівства, отже Київську Русь у неї не включала.

Володимир-Суздальське князівство було заселено угро-фінами. Вони швидко знайшли спільну мову з татаро-монголами, оскільки мали спільне азійське походження.

Татари були значно культурнішими за прамосквинів-угро-фінів. Це визначають і московські історики – від М. Карамзіна до М. Покровського. Всі вони пишуть, що московська держава завдячує своїм народженням татарам. В. Ключевський пише, що в XVI–XVIII ст. 57% московської провідної верстви були татарського походження, а ідею Чингіс Хана загарбати увесь світ дала Московщині її аристократія татарського походження. Перший московський історик М. Карамзін був також татарського походження.

Не відділенням від Золотої Орди, не скиненням татарського нібито ярма, але цілковито навпаки – перебиранням усього ідейного спадку татар стала Московщина великою потугою. Расова спорідненість татар з предками москвинів полегшила та прискорила потатарщення, що просякнуло дуже глибоко всі царини матеріального і духовного життя Московщини. Татарська кров дала лісовому угро-фінові великий степовий розгін і розмах кочівника та нічим необме-

жений фанатизм. Ці суперечні властивості – боягузтво і розгін – виявляються в сучасному москвинів. Він стихійно суне ордою підбивати, грабувати сусідні народи, але поза ордою достоту боягуз. Це бачимо в усій історії Московщини. Пізніше домішалася до московської провідної верстви (лише до неї) невелика кількість європейської (української та німецької) крові, але вона розчинилася в морі азійської.

В XIII ст., коли після розпаду України-Руси утворилось Галицько-Волинське князівство, царгородський патріарх означив галицько-волинську митрополію, як Малу Русь, а Київську – як Велику Русь. До складу останньої, як відомо, входили і московські єпархії. Коли XIV ст. постала угро-фіно-татарська московська держава, її князі, а потім царі оголосили себе володарями усїєї Русі, перебравши для себе назву Велика Русь, а на означення гетьманської України – Мала Русь. В 1713 р. після Полтавської битви Петро I спеціальним указом перейменував Московію на Росію, що стало остаточним підґрунтям для привласнення собі історії і культури України-Руси IX–XIII ст.

Назви ж «Мала Росія», «малорос», дістали від того часу «об'єдинительный» характер і набрали для нас згідливого, образливого сенсу.

«Теоретикам» спільної коліски, з якої виколісались три народи, а з єдиної мови, в свою чергу, утворились три мови, було б цікаво з позиції сучасної генетики відповісти на питання: чи можливо, щоб за такий історично короткий відтінок часу (якихось 200–300 років) з одного народу утворилося три, кожен з яких має чіткі окреслені генетичні особливості?

А якщо це можливо, то чому тоді український народ, який 300 років після Переяславської ради був поділений, і одна частина його колонізувалася, а друга – ще більш жорстко русифікувалася, не втратив своїх генетичних особливостей?

Але навіть якщо прийняти офіційну московську теорію за єдино вірну, то залишається незрозумілим, чому прямим спадкоємцем культури та науки Русі–України оголошується сучасна Росія, а Україна опиняється десь осторонь, на узбіччі, хоча та культура та наука творились не в Москві, а в Києві. Уявімо собі на хвилину, що центр тієї Русі був не в Києві, а в Москві, і «Руська правда», «Повість минулих літ», «Ізборнік Святослава», «Киево-Печерський патерик» творились не на терені сучасної України, а в Росії, а князь Володимир Великий охрестив русичів не в Дніпрі, а в Москва-ріці. Що б сказали сьогоднішнім українцям, якби вони, ґрунтуючись на тій «спільній колісці», зазіхнули на ті творіння як на свої, а святкування 1000-ліття хрещення Русі перенесли з Москви до Києва? Це рівнозначно, якби колонії Давньоримської імперії приписали собі державність Риму, його історію і

культуру, а Клавдія Галена оголосили своїм вітчизняним вченим.

Ще на початку XIX ст. українські вчені займали провідні позиції в медичних школах Росії. Ще працювали Д. Веланський, П. Загорський, І. Буяльський, Я. і П. Чаруківські, С. Хотовицький, П. Пелехін, але поступово їхній запас вичерпувався.

В 1812-1814 рр. після перемоги над Наполеоном Росія сягає своєї вершини і стає жандармом Європи.

В такій ситуації в 1810 р. народився Пирогов. В його біографії виняткового значення мало лікування хворого старшого брата лікарем українського походження Є. Мухінім, що й визначило його подальшу долю.

Чотирнадцятирічним юнаком М. Пирогов вступив на медичний факультет Московського університету (1824), який закінчив в 1828 р. Постановка навчального процесу в університеті була вкрай низькою. «Хорош я был лекарь, – згадує пізніше Пирогов про цей час, – с моим дипломом, дававшим мне право на жизнь и смерть, не выдав ни однажды тифозного больного, не имел ни разу ланцета в руках».

Відомий професор цього університету Мудров так наставляв своїх студентів на останній лекції стосовно майбутньої лікарської практики. При цьому мав звичку звертатися до конкретної особи: «Ты, братец, прежде всего пошли нанять карету, хоть заложи что-нибудь, коли денег нет, а карета чтоб была. Да как приедешь к больному (йшло про ймовірний виклик до московського купця – О.Г.) и войдешь в дом, прежде всего, поищи глазами образ; да помолись на него, а потом и спроси: «где болящий?» Ну, какая может быть болезнь у него? – скорей всего обьялса... ты и пропиши ему oleum ricini в надлежащем количестве, а на расспрос окружающих скажи: «Ничего еще не могу сказать: приложу все разумение, а впрочем, на все воля Господня». Ну, облегчит его, и станут считать тебя хорошим доктором, невесту богатую сосватают...»

Отож, кращих випускників цього, як і інших російських університетів, з метою вдосконалення відправляли за кордон. З них виходили майбутні професори для тих університетів. З 1828 до 1836 року Пирогов поглиблює свої знання спочатку в Тарту, а потім в Німеччині. В Тарту під керівництвом професора Моера він вдосконалює оперативну техніку і виконує докторську дисертацію.

Основні заслуги Пирогова в розділі хірургії були такими. Приїхавши в Дерпт, Пирогов під керівництвом Моера «бросился очертя голову, экспериментировать... Особливо занимался я разработкой фасций и отношений их к артериальным стволам и органам таза. Этот предмет был совершенно новый в то время. Обыкновенно анатомы бросали фасции». Але Пирогов не

був чистим анатомом, він був анатом-хірург. Анатомія для нього була середовищем раціональної оперативної методики. Відкинута чистими анатомами фасція Пирогов поставив в основу створеної ним нової науки – хірургічної (не топографічної) анатомії. В Дерпті була опублікована його перша робота на задану факультетом тему про перев'язку артерій і захищена в якості докторської дисертації - експериментальна робота про перев'язку черевної аорти (1832).

Вирушивши в наукове відрядження в Берлін, Пирогов на своє здивування «застал практичну медицину почти совершенно изолированной от главных реальных основ ее: анатомии и физиологии. Ни Руст, ни Грефе, ни Диффенбах не знали анатомии... Лангенбек был единственный хирург-анатом».

Повернувшись в 1836 р. в Росію, Пирогов сподівається зайняти хірургічну кафедру в Московському університеті, але її віддають Іноземцеву. Від запрошення переїхати в Харків Пирогов відмовляється. Виручив його вчитель проф. Моер. В 41-річному віці він добровільно передає кафедру в Тарту своєму талановитому учневі, правда, за обіцянку останнього одружитися з його донькою. Обіцянка виконана не була.

В житті Пирогова на це п'ятиріччя припадає вищий розквіт його наукового творіння. В цей період ним опублікована його класична, внаслідок багаторазового перевидання на декількох європейських мовах праця про хірургічну анатомію артеріальних стовбурів і фасцій («Anatomia chirurgica truncorum arteriarum atque fasciarum fibrosarum», Dorpat Liv. – Lpz., 1837-38; одночасно вийшло німецьке видання), відкривши нову епоху в розвитку оперативної хірургії. В 1837 році Пирогов був відправлений університетом в Париж, де знаменитий Вельпо з задоволенням вітав його як новатора і сподвижника в хірургії.

В 1841 році Пирогов перейшов знову на відкриту по його ж проекту кафедру шпитальної хірургії при Медико-хірургічній академії, яка щойно перейшла в підпорядкування військового міністрства, і займав цю кафедру до своєї відставки в 1856 р. В той час Пирогов читав курс патологічної анатомії, зробивши за 14 років більше 11000 розтинів трупів. Трупам заморожувались (на це наштовхнув приклад замороження свинячих туш на Сінному базарі в Москві, спостережений ще в дитинстві, та досвід вчителя проф. І. Буяльського, який першим на підставі розпилювання трупів склав «Анатомохірургічні таблиці»), розпилювались, і Пирогов робив їх опис. Наслідком стала капітальна праця «Топографічна анатомія заморожених розтинів людського тіла, складена в 3-ох напрямках (1852-1859 рр.)».

В 1845 році Пирогов добився впровадження Анатомічного інституту при Академії. Вперше ним

застосована непорушна крохмальна пов'язка Сетена для фіксації переломів кінцівок у поранених, що підлягали транспортуванню. На початку кримської війни Пирогов напав на щасливу думку поміняти крохмальні пов'язки Сетена гіпсовими, описавши їх приготування в окремій сторінці «Неподвижные гипсовые повязки» (СПБ, 1854).

З 1846 р. в хірургічній практиці вперше для знеболювання В. Воррен за методикою В. Мортон застосував ефір. В Росії першим застосував ефір проф. Іноземцев. Деякі з українських істориків медицини вважають, що першим ефір в Росії як знеболюючий засіб примінив В. Караваєв. Пирогов став прихильником цього методу. В 1847 р. його відряджають на Кавказ, де Росія завершувала чергову кампанію поневолення нових територій, для випробування ефірного наркозу у воєнних умовах. Безпосередньо на полі бою біля аулу Солти Пирогов оперує під ефірним наркозом сотні поранених. Сором від агресивних дій Росії йому не притаманний.

З'явившись з доповіддю про проведену роботу до воєнного міністра князя Чернишова, Пирогов замість подяки отримав сувору догану за порушення форми одягу і ритуалу доповіді. З Пироговим трапився істеричний припадок. Обливаючись слізьми, він вперше думає про відставку і еміграцію за кордон.

Справу залагодила велика княгиня Олена Павлівна. Вона взяла Пирогова під свою опіку. Коли почалась Севастопольська кампанія, велика княгиня висунула ідею організувати пораненим і хворим жіночу допомогу. Створюється «Крестовоздвиженская женская община сестер попечения о раненых и больных», яка направляє до Севастополя. Велика княгиня просить очолити цю справу М.Пирогова. Пирогов з общиною їде до Севастополя. Тут він організовує допомогу хворим і пораненим. Застосовує сортування поранених. Особисто робить біля десяти тисяч операцій, більшість яких закінчуються смертю поранених.

Ось як описує картину головного перев'язочного пункту в Севастополі М. Берг: «Везде стоны, крики, бессознательная брань оперируемых под наркозом, пол, залитый кровью, и в иглах кадки, из которых торчат отрезанные руки и ноги...». В Севастополі Пирогов доходить висновку: «не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны».

В історії застосування сортування поранених на полі бою треба згадати про дружбу Пирогова з доктором В. Далем, яка припадає на дерпський період його життя. Угрюмий за характером, недовірливий Пирогов, як пише І.Є. Ліхтенштейн, прив'язався до молодого товариського, яскравого і веселого Даля. Після закінчення універ-

ситету в 1829 році Даль відбув в діючу армію, де на полі бою перев'язував, оперував і, що дуже важливо, сортував поранених за ступенем важкості. Думками про важливість сортування хворих і поранених він поділився з Пироговим, який не тільки підтримав, а й використав його в Севастопольській кампанії і описав в «Началах общей военно-полевой хирургии». Правда, через 9 років він виявив плагиат цієї своєї заслуги. Він виступив з протестом: «Я первый ввел сортировку раненых на севастопольских перевязочных пунктах и уничтожил этим господствующий там хаос. Я горжусь этой заслугой, хотя ее и забыл сочинитель «Очерков медицинской части в 1854–1856 годах» Х.Я. Гюббенет. Правда, сам М. Пирогов про автора цієї ідеї В. Даля нічого не пише.

Пирогов – це хірург доантисептичної ери. Від 50% до 90% оперованих вмирало переважно від септичних ускладнень. Йти на операцію означало йти на вірну смерть. І треба дивуватися стійкості хірургів і терпінню хворих, які йшли на це.

З огляду на роль Пирогова в хірургічній науці слід звернути увагу на його відношення до ідей антисептики і асептики. В 1865 році англійський вчений Д.Лістер запропонував антисептичну повязку, яка накладалась на поверхню рани після хірургічного втручання. Невдовзі після відкриття бактеріологами причин виникнення інфекційних хвороб була запроваджена асептика. Саме тоді в 1866 році Пирогов поселяється в селі Вишня і практично усувається від наукової діяльності. Тому в цей переломний період в історії хірургії, період переходу від гнійних ускладнень до антисептичної і асептичної ери, він фактично знаходиться осторонь цих процесів.

Варто торкнутись суспільно-громадських позицій Пирогова. Пирогов-студент сторонився політики, навіть буря грудневого повстання 1825 р. пронеслась повз нього. В 1830 році спалахнуло польське повстання, до якого він також був байдужим, однак наслідком цього були подальші події в житті вченого. Царський уряд закриття Кременецький лицей і на базі його пограбованої бібліотеки і лабораторій Віленського університету в 1834 році відкрив в Києві університет Святого Володимира. Він був задуманий як шовіністичний центр з метою поширення на території південно-західного краю замість польського російського впливу. В цей період Київ розмовляв ще польською і українською мовами, в той час як з університету почав ширитись великодержавний дух. Через декілька десятиліть існування університету один із фундаторів української національної медицини О. Корчак-Чепурківський писав: «Українська національна вища школа була цілковито витвором революції 1917 року... Ми маємо право вважати дату заснування теперішнього Київського медич-

ного інституту з 1917 року... український медичний факультет був "мішенню", куди направлялися рушніці російської професури і її суголосків серед лікарського персоналу м. Києва, ворожого до національної української ідеї й чужого соціальною ідеологією вищої школи".

Більшість студентів складала поляки. Так, у рік відкриття університету з 62 перших студентів поляків нараховувалося 34, тобто понад половину, а в 1837/38 навчальному році – 62,4%. Так тривало все ХІХ сторіччя.

Прискорене відкриття медичного факультету (1841), через сім років після заснування Київського університету, також пов'язане з "польським питанням": необхідністю роз'єднання учасників антиурядових виступів, зокрема студентів Віленської медико-хірургічної академії шляхом її закриття, передання основних фондів та переведення викладачів і студентів до Києва на медичний факультет.

Спогади польських студентів-медиків свідчать, що серед першої плеяди вчених медичного факультету особливою повагою користувалися професори анатоми М.І. Козлов і О.П. Вальтер, терапевт Ф.С. Цицурін, хірург В.О. Караваєв, а найбільш активними опікунами були переведені з Вільно професор хімік Ігнацій Фонберг та анатом Ізидор Коперницький.

Провівши кращі роки в Європі, Пирогов мав наочне уявлення про відстань, яка відділяла від неї Росію. Тому, коли після Севастопольської кампанії йому було запропоновано, не без впливу великої княгині, попрацювати на ниві освіти, згодився на посаду попечителя спочатку Одеського, а потім Київського учбового округу. Хоча мріяв про більше – посаду міністра. Три роки перебування на посаді попечителя Київського учбового округу, з 1858 по 1861 р., описується сучасними істориками медицини, як величезне досягнення, як якесь диво, що впало на київську землю. Насправді все було не так. «Защитник трона и отечества» М.Пирогов як чиновник в основному розбирав доноси, що десятками сипались зверху в канцелярію генерал-губернаторства. Доноси і відповіді на них відправлялись виключно таємною поштою. Водночас він є автором ряду прогресивних і реакційних ідей в галузі просвітництва. Як європеєць за освітою (рівень університетської освіти в Росії наведено вище), він виступав за поєднання навчання з потребами життя, ставив питання про зв'язок політехнічної освіти з загальною, стояв за свободу викладання від поліцейського нагляду.

На період перебування Пирогова в Києві припадає організація недільних шкіл, за ініціативою передової української громадськості. Пирогов підтримував відкриття недільних шкіл, відмічаючи, що «учителя – почти на отбор лучшие из малоросов и по способностям и по нравственности,-

принялись учить грамоте, письму и счетности с неожиданным педагогическим тактом... Грамота усваивалась почти вдвое и даже втрое скорее, чем в приходских и других училищах, посещаемых ежедневно». Недільні школи проіснували всього два роки.

Але як московський вчений за походженням, за висловом Леніна, Пирогов «соглашается, что надо сечь, потребовал, чтобы секли не безучастно, не бездушно».

В 1861 році в Росії було відмінено кріпацтво, а в 1864 р. запроваджено земське самоврядування. Саме в 1861 р. Пирогов остаточно йде у відставку.

Розгортається дискусія, як будувати земські лікарні? В сільських хатах чи в упорядкованих лікарнях. Пирогов є прихильником першого шляху, який він наочно довів в селі Вишня. Пирогов вів різноматну практику, але головною залишилась хірургічна. Як пише багаторічний директор музею ім. Пирогова П.О. Кланца в кандидатській дисертації «Н.И. Пирогов в с. Вишня», «в одній із сільських хат він оперував, в іншій обладнав аптеку. Післяопераційні хворі *перев'язували рани здебільшого самі собі* (підкреслено мною – О.Г.). Лежали вони по селянських хатах в сінях, коморах або в якихось господарчих прибудовах. Постіллю була глиняна підлога, вкрита соломкою. Тут же ходила худоба, повзали діти. В дощову погоду текло і продувало. Незважаючи на це, гнійних ускладнень було значно менше, чому дивувався сам Пирогов».

«В Большой Советской энциклопедии» написано, що в селі Вишня Пирогов займався «обширной частной практикой и совершенно отойдя от научной работы». Радянські історики медицини чомусь пишуть, що Пирогов казав, що нібито до нього треба приходити з зашитими кишками, натякаючи на те, що він був лікарем-безсребреником. На жаль, це було не так. Постійно скаржився на брак коштів. В листі до баронеси Раден він писав: «... средства мои не блестящи, тем не менее, я настолько доверяю своим силам и уповаю на милость Бога, что надеюсь не умереть с голоду и довести воспитание своих детей до конца». Пирогов в маєтку Вишня володів 1000 десятин орної землі і стільки ж лісових угідь.

Продовжувалась хроніка українського мовобивства. Протягом ХІХ сторіччя було видано 10 указів про заборону української мови, серед них таємний циркуляр міністра внутрішніх справ П. Валуєва (1863) про те, що «никакого особенного малороссийского языка не было, нет и быть не может и что наречие их, употребляемое простонародием, есть тот же русский язык, только испорченный влиянием на него Польши». Заборонялося навчання в освітніх закладах усіх рівнів українською мовою, друкування книг духовного змісту, навчальних і для народного чи-

тання українською мовою і Емський указ царя Олександра II (1876) про заборону ввезення із за кордону та друкування в Російській імперії будь-яких книг і перекладів з української мови, а також заборону друкування нот українських пісень.

В травні 1881 р. хірург М. Скліфосовський привіз Пирогова з Вишні в Москву, де йому було влаштовано урочистий прийом. До речі, М. Скліфосовський був щирим українцем, мав маєток в с. Якимівці під Полтавою, куди приїжджав щороку, вів прийом хворих селян і розмовляв з ними українською мовою.

23 листопада 1881 р. Пирогов помер, був набальзамований доктором Виводцевим і поміщений в саркофаг під церквою, яку з цією метою побудувала його жінка.

В 1883 р. російська лікарська громадкість організувала «Общество русских врачей в память М.И. Пирогова», чим засвідчила свою повагу до видатного вченого і взяла його як своєрідний прапор. Пироговські з'їзди відіграли велику роль в розвитку громадської медицини в Росії.

В 1957 році, вперше переступивши поріг Вінницького медичного інституту (ще без імені М. Пирогова) я зразу ж натрапив на фразу, яка була вивішена в фойє інституту і належала академіку Д. Заболотному «Местом, где можно было учить таких врачей, которые бы жили одной жизнью со своими больными и разговаривали бы с ними на их родном языке, есть, между прочим, город Винница». Невже я учень української школи із Житомирщини потрапив у вуз, де вчитимусь медицині на рідній мові? Та з першого дня виявилось, що це не так. Навчання велось не на мові, а на «язьке». Ніхто тебе не питав, на якій мові ти вчився в школі, треба було з першого дня «розговаривать на язьке». За всі шість років навчання в інституті я чув українську мову двічі: від професора М.К. Вітте (нормальна фізіологія, як виявилось пізніше, учня професора В. Підгаєцького, розстріляного в 1937 р.), і професора М. Венцківського, який в окупованому Києві викладав в медінституті акушерство і гінекологію. Пізніше, риючи в архівах, я знайшов цю фразу в листі академіка Заболотного до завінницьким губздороввідділом, в якому писалось, що «Місцем, яке можливо було пристосувати задля підготовки таких лікарів, котрі б жили одним життям зі своїми хворими й розмовляли з останніми їх власною мовою являється осередок північно-західної частини правобережної України–Вінниця». Д. Заболотний дав глибоке обґрунтування соціально-економічних передумов створення у Вінниці вищої медичної школи, порівнював місто з невеликими університетськими містами Німеччини.

Майбутній Президент Всеукраїнської Академії наук, основоположник сучасної епідеміології, знаменитий борець з чумою та холерою на-

родився в селі Чоботарка Подільської губернії 28 грудня 1866 р. Батько, Кирило Заболотний, був недавнім кріпаком, пізніше працював на будівництві Південно-Західної залізниці, що пройшла в 5 км від села. Мати, Євгенія Сауляк, дочка волосного писаря із сусіднього села Соколівка, мала на той час непогану освіту – п'ять класів жіночої гімназії в Києві.

Саме родина матері відіграла вирішальну роль у долі малого Данила. Спочатку дядько Макар Сауляк взяв хлопця до себе в Ростовна-Дону, де він закінчив трьохкласну прогімназію, після чого інший дядько Василь Сауляк забрав його в Одесу, де він продовжив навчання у відомій Рішельєвській гімназії, після закінчення якої вступив на природничий відділ фізико-математичного факультету Новоросійського (Одеського) університету.

В Одесі, під впливом І. Мечнікова, з яким надалі його пов'язувала щира дружба, розпочав перші наукові дослідження. Разом з Іллею Мечниковим приймав активну участь в українському національному русі, за що був засуджений до 3-місячного ув'язнення, а Ілля Мечніков покинув Росію і оселився в інституті Пастера в Парижі, де працював до кінця життя.

За порадою вчителя та за власним бажанням після закінчення Новоросійського університету продовжив навчання на медичному факультеті університету Св. Володимира в Києві.

Опираючись на одержані ще в Одесі дані про імунізацію ховрахів убитою культурою холерного вібриона через шлунково-кишковий тракт, Заболотний ставить питання про можливість імунізації таким способом і людини. Разом з працівником кафедри загальної патології І.Г. Савченком проводить героїчний дослід. Обидва заразили себе холерним вібрионом. Цей дослід став історичною віхою не лише в галузі вивчення холери, а й розвитку усєї мікробіології. Він довів принципову можливість пероральної імунізації проти холери. «1 травня 1893 р. об 11 годині 30 хвилин ранку ми в присутності професорів В.В. Підвисоцького, Ф.А. Лема та інших співробітників лабораторії випили по 0,1 кубічного сантиметра живої культури холерного вібриона. З цієї пробірки культуру було впрорнуто двум кроликам – один з них загинув увечері, другий – уночі, наше ж самопочуття було цілком задовільне».

Згідно з тогочасними правилами Д. Заболотний, позбавлений якихось джерел для існування, мав право на державну стипендію, яку повинен був відробити після завершення навчання. В 1894 р. він направляє в Подільську губернію для роботи в летючому або, як тепер сказали б, виїзному земському загоні для боротьби з епідемічними хворобами.

В Кам'янці-Подільському, що був тоді губерньським центром, організовує бактеріологічну

лабораторію, навколо якої невдовзі гуртуються санітарні та дільничні лікарі губернії.

Зусилля зосереджуються для організації боротьби проти епідемії дифтерії та холери. Заболотний широко використовує щойно розроблену Берінгом і Ру протидифтерійну сироватку. Випробувавши її дію на хворих та здорових, що мали контакт з хворими, включаючи себе самого, доходить висновку щодо безсумнівного лікувального та профілактичного ефекту сироватки.

Ще з одеської пори за участь в національному русі Заболотного бере під негласний нагляд поліція. В Київських архівах нами знайдені документи тих часів. Пристав 2-ої частини Кам'янця-Подільського доносить губернському жандармському управлінню: «Лекарь Д.К. Заболотный, командированный в связи с холерной эпидемией в Каменецкий и Ушицкий уезды, поселился во вверенной мне части, где занимает одну только комнату, по-видимому только для ночлега, так как день проводит в лабораториях...» 28.08.1896 р. Ольгопільський повітовий урядник доповідає начальству: «Состоящий под негласным надзором врач Д.К. Заболотный прибыл в с. Чоботарку для свидания с родными 8.08 и выехал обратно в Киев 15.08. в течение этого времени никуда из Чоботарки не уезжал, принимал больных крестьян...»

З Києва у складі спеціальної експедиції в 1897 р. Заболотний вперше виїжджає на епідемію чуми в Індію. З тих пір і до самої смерті триває його подвижницька робота по вивченню епідеміології чуми, вершиною якої було встановлення ролі диких гризунів як носіїв та розповсюджувачів чумної зарази в природі. Для цього довелося обстежити природні вогнища чуми в Саудівській Аравії, Персії, Месопотамії, Африці, Внутрішній Монголії, Китаї, Забайкаллі, Поволжжі тощо. Обробка наукового матеріалу велася в Пастерівському інституті в Парижі і так званому «чумному форті» в Кронштадті.

В 1898 р. Заболотний обирається професором кафедри мікробіології та бактеріології Петербурзького жіночого медичного інституту і переїжджає на постійне місце проживання до столиці імперії. Звідси він вирушає на численні протичумні та протихолерні експедиції, а влітку – до Чоботарки. З 1900 р. – разом з дружиною, Людмилою Радецькою, з якою обвінчався 28.08.1900 р. в Парижі в присутності І. Мечнікова.

У Чоботарці Заболотний перебирався у полотняний селянський одяг, солом'яний бриль та вів життя, що мало відрізнялось від його односельчан. Порався біля хати, вів домашнє господарство.

Односельчани та жителі навколишніх сіл пішки та возами добиралися до Заболотного за медичною допомогою. Лікарський прийом тривав майже щодня. Про кожного хворого Забо-

лотний робив короткі записи в амбулаторних зошитах, деякі з них і досі зберігаються в меморіальному музеї, що існує в хаті Заболотного у Чоботарці. Грошей з хворих не брав, навпаки, помагав ліками, які брав з собою з Петербурга.

Подружжя дітей не мало, може, тому Заболотний дуже любив балакати із чоботарськими дітьми, розповідати їм про далекі краї, з допомогою цейсівського мікроскопу вводити в таємничий світ науки. Непомітно багато з тих дітей замінили рідних і були усиновлені подружжям Заболотних. А почалося з випадку під час епідемії легеневої чуми в Манчжурії в 1911 р. В одній із фанз, мешканці якої поголовно вимерли, Заболотний помітив живе немовля. Забрав з собою, усиновив, давши імення Ян-Гуй Заболотний.

Інші дев'ять прийомних дітей були з Чоботарки та з навколишніх сіл. Дехто з тих дітей були підкинуті подружжю Заболотних, очевидно, з розрахунку на їхнє милосердя.

Усіх дітей було виведено «в люди»: Тимофій та Юхим Вихристюки стали педагогами, Федір Заболотний – інженером, Андрій Жванецький, Петро Масняк та Гайдаш – лікарями, Дора Пелипенко – архітектором, Микита Дорош – солістом Одеської консерваторії, Ян-Гуй закінчив технічне училище, Яків Преодоляк – місцеву профтехнічну школу. В одному з листів до Якова в Чоботарку, датованого 1928 р., Заболотний пише, що гроші надішле йому, як отримає сам, бо в даний момент немає. Так, заощаджень у Заболотного не було, усе багатство складали хата в Чоботарці та квартири в столицях – Санкт-Петербурзі (успадкована Ян-Гуєм Заболотним) та Києві при інституті мікробіології та епідеміології.

Величезне поширення інфекційних захворювань під час громадянської війни змусило органи охорони здоров'я молоді Радянської республіки особливу увагу приділити протиепідемічним заходам. Данило Кирилович організує і очолює епідеміологічний відділ при інституті експериментальної медицини в Петрограді. З ініціативи вченого в багатьох містах країни були проведені масові санітарно-профілактичні заходи та щеплення населення проти холери. «Найбільш заслужений у всьому світі – я не перебільшую – епідеміолог, вчений європейського (якщо не більше) масштабу, ентузіаст охорони здоров'я в Радянській країні, цілком радянський, від найперших днів Жовтня, вчений. Скільки людей завдяки йому не знатимуть моторошних епідемій! Скільки благородних, найбільш необхідних заходів, скільки установ зв'язано з ним!» – так відгукнувся про Заболотного перший нарком охорони здоров'я РРФСР М.О. Семашко.

В 1918 р. в Петрограді Людмила Владіславівна тяжко занедужала і Данило Кирилович відправляє її потягом до Чоботарки. По дорозі дружина померла, і Заболотний терміново при-

їжджає на похорон. Важко переживає він смерть дружини. Навколо палахкотить громадянська війна, і Заболотний на довгі півтора року залишається в рідному селі.

Тут його обирають народним комісаром освіти та охорони здоров'я Ольгопільського повіту. З енергією береться Заболотний за незвичну справу:

«Всім школам повіту Всі вчителі всіх шкіл повіту мають обов'язок негайно надіслати до Ольгопільського Повітового Відділу Народної освіти відомості:

1. Скільки в школі пічок (грубок) варистих та ogrіваючих окремо

2. Яка кількість дров потрібна на цілий рік (пудів або стосів)

3. Чи потребує школа зараз ремонту і якого саме: дрібного чи капітального (азначити, що саме потрібно зараз робити)

4. Якої саме мебелі потрібно зараз для школи

5. Чи є при школі садиба і яка її площа

6. Чи є при школі сарай і льох

7. Яку кількість книжок і приладдя потрібно окремо для кожної групи і класа. Комісар освіти професор Заболотний №1393 травня 27 дня 1919 р.»

З іншої телеграми на адресу Вінницького губздоровідділу видно обсяг епідемічних захворювань, з якими доводилось вести боротьбу. Лише з 1 до 8 травня 1919 р. у повіті захворіло: на висипний тиф – 269 чоловік, з них 52 померло, на черевний тиф – 37, помер 1, поворотний тиф – 37, померло 6. Згідно повідомлень лікарів на санітарній нараді, сповіщає Заболотний, дійсне число хворих більш ніж в 10 разів переважало число зареєстрованих.

Заболотний вже давно розумів, що поодинокими запобіжними та лікувальними заходами здоров'я людей не поліпшиш. Треба було піднімати їхній добробут, культурний та освітній рівні. Намагався побудувати в рідному селі школу та лікарню, але бракувало коштів. В Чоботарці проживав заможний чоловік на прізвище Іванина. На власні кошти цей чоловік побудував в селі церкву (знищена в 70-х роках разом з могилою Іванини), а в 1913 р., під час святкування 300-річчя дому Романових, подарував тому дому тисячу карбованців золотом. Удостоївся царської подяки. Заболотний – до Іванини, вмовити ті гроші віддати на будівництво в селі школи та лікарні. Не встиг, потім розпочалася війна, далі революція. Будучи комісаром освіти Ольгопільського повіту, Заболотний організовує комісію для будівництва в Чоботарці гімназії, сподівається, що нова, т. зв. народна влада допоможе здійснити його плани. Мріє він створити в селі і хату здоров'я. Свої повсякденні бесіди з селянами на медичні теми видає у вигляді «Листів до селян про здоров'я», епіграфом до яких взяв

слова Шевченка: «Учіться, брати мої, думайте, читайте».

В 1921 р. Д. Заболотного обирають Дійсним членом Всеукраїнської Академії Наук, в 1923 р. членом-коресподентом, а в 1926 р. Дійсним членом Російської Академії Наук. В 1928 р. його запрошують очолити ВУАН. Та невдовзі раптово помирає 15 грудня 1929 році. Похований у Чоботарці (тепер Заболотне) поряд із дружиною. На могилі напис: «Тут поховано тіло померлого Президента Всеукраїнської Академії Наук, академіка Данила Кириловича Заболотного, селянина села Чоботарки».

Якою виявилася подальша доля обох вчених після їхньої смерті? До 100-річчя з дня народження Пирогова в 1910 р. у Вінниці на базі повітової земської лікарні за ініціативи її директора Л.І. Малиновського відкрито пам'ятник з невеликим бронзовим б'юстом Пирогова. Під час громадянської війни садибу Пирогова було пограбовано, саркофаг відкрито і пограбовано в пошуках дорогоцінностей, будинок переобладнано в решті решт під лікарню, всі речі вченого були викинуто і знищено. Церкву над саркофагом пізніше було закрито і перетворено в колгоспний склад.

В 1907 р. після записки Імператорської Академії Наук «об отмене стеснений малоруського печатного слова» утворюється Українське Наукове Товариство з медичною секцією. Починається поступовий розквіт української медичної науки, який особливого розмаху набрав в 20–ті роки за часів Д. Заболотного. В 1922 р. в роботі «Національні моменти в партійному і державному будівництві» Генсек Йосип Сталін пише: «Практично вони являються в чванливо-зневажливо-му і бездушно-бюрократичному ставленні російських радянських чиновників до нужд і потреб національних республік. Багатонаціональна Радянська держава може стати дійсно міцною, а співробітництво народів у ній – дійсно братерським лише в тому разі, якщо ці пережитки будуть витравлені в практиці наших державних установ рішуче і безповоротно. Тому рішуча боротьба з пережитками великоруського шовінізму є першим черговим завданням нашої партії». Він, зокрема, обіцяє, що Донецьк (тоді Юзівка) через 5 років всуціль заговорить українською мовою.

В 1923 р. Раднарком УСРР оголошує курс на українізацію. Вперше за 338 років союзу з Росією на якесь 10-річчя оголошується українізація, яка потім з неймовірною жорстокістю буде розстріляна. В 1929 р. починається сумнозвісний процес над Спілкою визволення України, в якій серед 45 найвидатніших представників української науки було 5 медиків. І хоча Заболотному було важко пришити український буржуазний націоналізм, його тінь лягла на вченого. В 1933 р. курс на українізацію було призупинено, а 1938 р.

вийшла постанова про обов'язкове вивчення російської мови в національних республіках.

Почалася друга світова війна. Вона принесла нашому народу незчисленні людські жертви і добути неймовірними зусиллями перемогу. В політиці радянської держави відбувається рішучий злам – від загравання з національними республіками до створення «єдиного советского народа». Теоретичною основою для цього стала опублікована в 1946 р. в Ленінграді праця В.В. Мавродіна «Древняя Русь (Происхождение русского народа и образование Киевского Государства)». У ній без належної наукової аргументації було проголошено, що «Киевская Русь – то начальный этап в истории всех трёх братских славянских народов Восточной Европы, имеющих одного предка – русский народ киевских времён, древнерусскую народность». Далі в цій праці підкреслюється величезна роль, що її в історії східних слов'ян відіграв «величественный процесс объединения восточнославянских и ассимилируемых ими племён в единую древнерусскую народность». Цю саму тезу В.В. Мавродін повторив і в наступній своїй праці «Образование единого русского государства» (Л., 1951 р.): «Объединение восточных славян, сложившихся в единый русский народ, должно быть определено как народность... Таким образом, можно считать установленным, что во времена Киевского государства восточно славянский мир сложился в единый русский народ, или, конкретизируя, в единую русскую народность». Якщо в перші післявоєнні роки в Сталіно (колишня Юзівка, майбутній Донецьк) більшість шкіл були україномовними, то невдовзі вони щезли. Цьому сприяли постанова Пленуму ЦКПРС (1958 р.), якою визначалось, що вивчення української мови в російських школах не обов'язкове, та постанова ЦКПРС і Ради Міністрів СРСР (1983 р.) про покращення вивчення російської мови в загальноосвітніх школах та інших навчальних закладах союзних республік. Це був останній із 170 владних постанов і розпоряджень, прийнятих до часів Незалежності і спрямованих на знищення української мови.

За останній період війни після переходу разом із військами західного кордону лави армії практично цілком поповнювались за рахунок шпиталів і лазаретів. Радянська медицина виконала свій обов'язок, в чому немаловажну роль зіграло сортування поранених. І тут згадали про М. Пирогова. В 1947 р. воєнним відомством було видано наказ про організацію в с. Вишня (тепер Пирогове) музею вченого. У музеї знаходився взвод солдат на чолі з полковником. В 1956 р. в музей запросили тодішнього міністра оборони Г. Жукова (недалеко проходили маневри) і він, заставши там сонних солдат, розігнав їх. 1957 р. музей передано у підпорядкування МОЗ

України, в 1960 р. Вінницькому медичному інституту присвоєно ім'я М. Пирогова.

Позбавлене будь-яких меморіальних речей, приміщення було переобладнане під лікарню, воно з особливою увагою оберігає набальзамоване тіло М. Пирогова.

Нині у світі в мавзолеях лежать п'ять набальзамованих трупів історичних діячів – В. Ульянова-Бланка (Леніна), Хо-Ши-Міна, Кім-Ір-Сена і Кім-Чен-Іра і М. Пирогова. Лише останній був християнином і за християнським звичаєм мав би бути похований в землі. Підтримання набальзамованого тіла М. Пирогова у належному стані періодично вимагає ребальзамування і великих коштів. Ребальзамування здійснюють московські вчені, земляки М. Пирогова. Кошти вони вимагають від України, зокрема Вінниччини. Періодично труп треба везти на ребаальзамування в Москву в спеціальну лабораторію при мавзолеї Леніна. Останні такі кошти були виділені в 2011 р. в сумі 193 тис. гривень. Цим, до речі, тіло Пирогова відрізняється від 4-х інших покійників, які лежать на місці, а він один мандрує.

На початку незалежності у «33 каналі», в обласній газеті Вінниччини, я ініціював дискусію: «Навіщо національному університету чужий герой?», в якій обґрунтував необхідність переіменування університету на ім'я Заболотного. На це мене надихнув приклад Одеського медуніверситету. У 1929 р. постановою ВУЦВК, інституту було надано ім'я Заболотного (в 1919 – 1921 рр. виконував обов'язки ректора), але в наростаючій боротьбі з націоналізмом постанова не була реалізована, і інституту присвоїли ім'я П. Постишева. Пізніше йому, як і Вінницькому, присвоєно ім'я Пирогова. Однак в роки незалежності, при оформленні документів з інституту на університет, ім'я Пирогова «забули» і він тепер є просто медичним університетом.

Дискусія тривала більше року. Ось її протилежні думки. Кандидат меднаук, також випускниця Вінницького медінституту Валерія Болярська: «Мій дід – професор М.М. Болярський, родом із Петербурга, у 1916 році як хірург військового шпиталю опинився у Вінниці, де й залишився до кінця життя. У Вінниці народилася я, його онука. Саме у рік мого народження, у 1932 році, почала втілюватися ідея Данила Заболотного про відкриття у Вінниці медінституту. Тоді було відкрито вечірне відділення, яке у 34-му перевели у стаціонар. Усім цим, тобто втіленням ідеї Заболотного у життя, займався мій дід. Він очолював навчальну і наукову частину вузу, був його першим директором, за його проектом сплановано і побудовано нинішній морфологічний корпус університету. Як хірург, мій дід глибоко шанував Пирогова і саме він у 1925 році на з'їзді хірургів України поставив питання про збереження забальзамованого тіла... Тому, вважаю, маю моральне право висловити свою точку зору у дискусії.



Передусім, хочу нагадати про такі поняття, як історична пам'ять і історична справедливість. Моєму діду і всій його родині, етнічним росіянам, в Україні жилося добре, як і багатьом моїм співвітчизникам. А як же моя батьківщина віддячила і віддячує за це Україні і українцям? Десятки мільйонів виморено голодом, розстріляно, закатовано (до речі, якби не термінова операція головному енкаведисту області, то діда репресували б). Мову і культуру понищено. Мій дід глибоко шанував Пирогова, але я переконана, що сьогодні він був би за те, щоб ВНМУ носив національне, а не інонаціональне ймення».

Леонід Гарманчук, як екскурсовод 30 років займається спадщиною і Пирогова, і Заболотного. «Пирогов и Заболотный – ученые с мировыми именами, наше достояние и богатство, которое

нужно беречь, им гордиться, а прежде всего – изучать, а не тасовать: Пирогов-Заболотный. Оба они наши, оба были вне национальных предрассудков. Пирогов более 20 лет трудился на Украине (Севастополь, Одесса, Киев, Винница). Заболотный 30 лет руководил кафедрой бактериологии в Петербурге. Обоим ученым были присущи черты скромности, поэтому не хочется, чтобы эта шумиха за переименование продолжалась».

В процесі дискусії виявилось, до яких розмірів була спотворена радянськими істориками українська медична наука. Одні її діячі віднесені до ворогів-націоналістів, інші до місіонерів і благодійників, треті – до безіменних, зокрема, про лауреата Нобелівської премії З. Ваксмана, уродженця Вінниччини, взагалі нічого невідомо.

### Список літератури

1. *Українці: звідки ми і наша мова* // День. – 2011. – № 85-86; с. 8-9.
2. *Грушевський М.* Ілюстрована історія України / М. Грушевський. – 1913. – Київ – Львів. – 524 с.
3. *Енциклопедія українознавства.* Київ. – 1994. – 400 с.
4. *Ключевский В.* Курс русской истории / В. Ключевский. – т.1. – 1911. – Спб. – 412 с.
5. *Штепа П.* Московство / П. Штепа. – 1996. – Львів.- 336 с.
6. *БСЭ/ М.* – 1933. – Том 25., С. 9-13.
7. *Голяченко О.М.* Лікарі Вінниччини / О.М. Голяченко. – 2004. – Тернопіль, Лілея. – 111 с.
8. *Голяченко О.М.* До питання про спільну колицу / О.М. Голяченко // Вісник соц.гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – №3. – С. 64-66.
9. *Гайдук В.І.* Селянин села Чоботарки / В.І. Гайдук. – 2006. – Київ. – С.188-196.
10. *Лихтенштейн И.Е.* Доктор Владимир Даль / И.Е. Лихтенштейн // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 5. – С. 26-29.
11. *Пирогов Н.И.* Соч. Т.1-2. 2-е юбилейн. Изд.значит. дополнен. К. Издание Пироговского товарищества. 1914. – 1010 стб.+3 с. – 1916. – 704 с.
12. *Оборин Н.А.* Можно ли сегодня отлучать Н.И. Пирогова от украинской медицины? / Н.А. Оборин.// Асклепий – 2001. – №2. – С. 52-59.
13. *О. Корчак-Чепурківський* // Основні етапи будівництва та розвитку вищої медичної школи в Києві за перше десятиліття існування радянської влади в Україні. – Українські медичні вісті. – 1988. – № 9-10. – С. 978-990
14. *Булах С.М.* Імена в медицині у відгомоні часу / С.М. Булах, Ю.Г. Віленський, Л.Є. Корнілова. – 2011. – Київ. Національна наукова медична бібліотека України.– 62с.
15. *Компанец В.С.* Приоритети Н.И. Пирогова / В.С. Компанец, Е.М. Недоризанюк, В.С. Тарасюк. – 1995. – Киев – Винница. – 99 с.
16. *Кланца П.А.* Медицинская деятельность М.И. Пирогова в с. Вишня / П.А. Кланца / В кн. Социально-гигиенические вопросы здоровья и здравоохранения сельского населения, К. Здоров'я. – 1972. – С. 38-42
17. *Хроніка мововбивства* / Сільські вісті. – 2010. – №108. – С.2.
18. *Уляш Пшемислав-Богдан Адольфович.* Вплив польсько-українських зв'язків на розвиток вищої медичної освіти і наук в Польщі та Україні до початку ХХ століття/ автореферат на здобуття канд.дисертації / К. – 2008. – 24 с.
19. *Сталін Й.В.* Твори / Й.В. Сталін. – Том.5. – К. – 1948. – 433 с

### Н.И. ПИРОГОВ И Д.К. ЗАБОЛОТНЫЙ КАК ЗЕРКАЛО ИДЕНТИФИКАЦИИ УКРАИНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

*А.М. Голяченко, Л.Н. Романюк* (Тернополь)

В статье проводятся исторические параллели из жизни и деятельности двух выдающихся ученых – Н.Пирогова и Д.Заболотного, которые сейчас находятся на земле Винницкой, первый в саркофаге, второй, по христианскому обычаю, в земле. Анализируется вопрос об идентификации украинской медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Н.Пирогов, Д.Заболотный, история медицины.**

### M. PYROHOV AND D. ZABOLOTNY AS A MIRROR OF IDENTIFICATION OF UKRAINIAN MEDICINE

*O.M. Holyachenko, L.M. Romaniuk* (Ternopil)

In this article carried out historical parallels in the lives and activities of two prominent scientists - M.Pyrohov and D.Zabolotny who are on the ground in Vinnitsa now, first in the sarcophagus, the second, according to Christian tradition, in the ground. The question of the identity of Ukrainian medicine is analyzes.

KEY WORDS: **M.Pyrohov, D.Zabolotny, history of medicine.**

*Рецензент:* проф. В.А. Кондратюк

Я.В.ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

## ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

В статті описується 7 етапів або періодів історії Львівського медичного факультету/інституту /курсів/інституту/ університету за влади Австро-Угорщини, Польщі, СРСР, Німеччини, знову СРСР, незалежної України. Представлено наявність у ньому відомих в Європі та в Україні вчених-професорів, наукові досягнення, становище українських викладачів і студентів, дані про їх репресії. Описано підготовку вчених-галичан, стан університетської автономії, наукові ступені, мови викладання, матеріальний стан.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** Львів, медичний університет, історія університету.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, найстаріший на території незалежної України, належить до старших університетів Європи. Заснований 228 років тому, працює вже 7 періодів, які нараховують 138 років. Складна історія університету зумовлена пануванням різних держав на території Галичини. Тепер це Львівська, Тернопільська та Івано-Франківська області України. Тут було українське Галицько-Волинське князівство, яке панувало в 11–14 століттях. У 1349 його захопив польський король Казімеж, на землях української Галичини стали поселяти польських колоністів. Український народ втратив державність, колонізатори нав'язували українській Галичині свою культуру і мову.

Король Ян Казімеж III у 1661 році на прохання польської інтелігенції відкрив у Львові польський університет без медичного факультету. З початком панування Польської держави на землях Галичини поселялися польські колоністи. Після розпаду Польщі (1772) Галичина відійшла до Австро-Угорської монархії (мала всього 15 лікарів), правобережну Україну зайняла Московія.

У 1784 на прохання австрійців імператор Австрії Йозеф II відкрив Львівський університет з медичним факультетом, який названо його іменем [1;2]. Професори університету прибули з Відня, їх було мало. Хірург - Ф. Мазох, хірург та акушер – Я. Вальц, анатом та клінічний практик – В. Гільденбранд, анатом, фізіолог і окуліст Т. Седей; ботанік і хімік, декан медичного факультету Б. Шіверек та ін. [3].

За статутом університетів Австрії від 1774 року на першому курсі викладалися історія, хімія, ботаніка і анатомія; на другому – фізіологія, хірургія; на третьому – патологія, фармакогнозія, аку-

шерство і гінекологія; на четвертому – клінічна медицина. Освіта була досить високо платною, студентів було мало, українців не було зовсім. В 1789 році медичний факультет мав 56 студентів; в 1790 році – 92. За 1792–1796 рр. диплом лікаря одержали тільки 4 особи.

Деякі науковці (видатний і суперечливий професор природничої історії Бальтазар Гакет) вважали Львівський університет непотрібним. У 1805 році університет переведено частково до Кракова, у Львові залишився діяти лицей з трьома відділами. Перший період Львівського медичного факультету тривав 21 рік. У 1806 році на базі медичного факультету університету створено Медико-хірургічний інститут (без університетських прав). У 1817 році на прохання громадян уряд перетворив лицей в Університет у складі трьох факультетів (без медичного).

Багато років тривали наполягання львів'ян на повторному відкритті лікарського виділу. У 1870 році та пізніше одноставно виступали з такими пропозиціями Крайова рада здоров'я, Товариство лікарів, ректор і Рада університету та крайовий уряд, старалися про підтримку бюджетної комісії посольства. Але Галичина, як Коронний край, включала Краків з Ягелонським університетом, тому відкриття другого лікарського виділу заперечували. З часом повторні виступи посла, ректора д-ра Е.Черкавського з вимогою усунути брак лікарів на селах та в гірських місцевостях Галичини, про найбільшу в Австрії смертність в Галичині, потребу розвитку природничих, лікарських та фармацевтичних наук – привернули увагу новообраної Державної Ради (1879). У 1891 році Крайовий Соїм прийняв уставу про публічну службу здоров'я в гмінах і на двірських теренах, це вимагало прискорення відкриття лікарського виділу.

Нарешті в 1892 році Крайовий Соїм прийняв рішення збудувати своїм коштом на ґрунті

крайового Львівського шпиталю терапевтичну, хірургічну і акушерсько-гінекологічну клініки та обладнати інші клініки. У В. Шімзерові закуплено за 25 тис. зл. 1800 моргів землі біля клінік на вулиці Пекарській для будівель теоретичної медицини. За ініціативою львівського професора Г. Кадія (з ветеринарної школи) і професора Н. Цибульського (з Краківського університету) побудовано 7 великих корпусів для теоретичних кафедр та шпиталів і клінік, які багато десятиліть належали до найкращих в країні та в Європі.

Медичний факультет Львівського університету (імені Йозефа II) повторно відкрив у 1894 році імператор Франц Йозеф. За 5 років відкрито 14 кафедр, пізніше стало 17 кафедр, їх очолювали професори, які закінчили університети Відня, Кракова, Гайдельбергу, Грейфсвальду та ін. [4;5]. У складі викладачів теоретичних та клінічних кафедр у 1898 році було 14 професорів, 12 доцентів і 14 асистентів. Серед них не було українця, переважали поляки, були німці та євреї. Вчені-медики проводили на високому рівні наукові дослідження, переважно розвивали медицину на європейському рівні, вдосконалювали надання медичної допомоги населенню. У 1896 році засновано Музей хвороб людини, який постійно поповнюється і зараз нараховує понад 2000 експонатів.

Кафедри очолювали вчені європейської слави професори Г. Кадий, В. Шимонович, А. Бек, Я. Прус, А. Марс, Л. Ридигер, А. Цешинські, М. Ненцкі, Я. Парнас, Р. Вейгль, В. Новіцкі, З. Дмоховські, А. Габришевські, С. Бонзинські, Я. Рачинські, О. Обжут та інші. Ректорів університету і деканів факультету професори самі обирали на 2 роки, після чого обирали своїх інших вчених. Деканами факультету були професори Г. Кадий, А. Глюзінські, Л. Ридигер, А. Бек, Е. Махек, П. Кучера, В. Шимонович, О. Обжут та ін. Ректорами університету були обрані медики Г. Кадий, А. Бек, Л. Ридигер, А. Глюзінські, А. Юраш, А. Марста ін. Мова викладання була німецька, в окремих професорів – польська (ще 1879 р. постановою австрійського уряду на теренах Західної України державною була визнана польська мова). Деякі немедичні дисципліни в університеті викладали українською мовою. У 1908 році професором акушерства і гінекології став українець, уродженець сокальщини А. Соловій [6].

На перший курс приймали спочатку переважно 15-20 студентів, пізніше – понад 100. Серед випускників були поодинокі українці (Я. Грушкевич і І. Полохайло, 1900; М. Панчишин, 1909; О. Кордасевич і М. Музика, 1913; О. Барвінський, 1914 та ін.). За часів панування Австро-Угорської монархії у Львівському університеті підготовлено 544 лікарі, із них всього 40 лікарів (7,3%) української національності.

Основною частиною населення Галичини були українці, менше було поляків, євреїв, вірменів, чехів, німців, греків та ін. Українське населення вважало, що університет у Львові став виключно польським. Це привело до кривавих подій між українською і польською молоддю. Були поставлені вимоги до австрійського уряду про відкриття у Львові окремого українського університету, імператор обіцяв виконати цю вимогу. В 1912 р. було обіцяно у наступні п'ять років відкрити окремий український університет. Але Перша світова війна перешкодила здійсненню обіцянки. Другий період існування медичного факультету за Австро-Угорщини продовжувався 25 років.

В процесі Першої світової війни в 1914–15 роках Галичина була окупована Росією, робота університету припинилася. Проголошено (1918) Західно-Українську народну республіку (ЗУНР), почалася війна між українцями і поляками, які боролися за встановлення в Галичині своєї державної влади. У 1919 році поляки заволоділи над університетом, надали йому ім'я короля Яна Казімежа. У 1921 році за підтримки Антанти в усій Галичині встановлено владу Польщі, університету надали приміщення колишнього Сейму Галичини, усе стали викладати польською мовою. Студентів медицини було біля тисячі, спочатку українцям зовсім відмовлено в прийомі, пізніше дуже обмежено. Початок навчання проводили з релігійними урочистостями. Почався третій період діяльності медичного факультету, що тривав 20 років.

З переходом університету від влади Австро-Угорської імперії до Польщі на медичному факультеті великих змін кафедр і клінік не відбулося. В 30-х роках ХХ століття факультет мав 21 теоретичну і клінічну кафедри [3;7]. У 1920 р. відкрито кафедру біології (очолив проф. Р. Вейгль), у 1936 р. – мікробіології (проф. Н. Гонсьоровські). У 1930 році польський професор Вітольд Зембіцкі очолив кафедру історії медицини [8]. Поступово збільшувалося число професорів польського походження, випускників Львівського університету.

На факультеті працював ряд видатних учених, відомих в Європі своїми науковими дослідженнями. Це професори: хірург А. Островські, стоматолог А. Цешинські, терапевт А. Глюзінські, офтальмолог Е. Махек, біохімік Я. Парнас, гігієніст З. Штойзінг, судовий медик В. Серадзкі, педіатр Ф. Гроєр (німецького походження), фізіолог А. Бек (єврейського походження) та ін. Адам Соловій в період українсько-польської боротьби (1920) звільнився з очолювання кафедри акушерства і гінекології, працював професором до 1930 року.

Деканами факультету за Польщі були обирали З. Штойзінг, В. Новіцкі, А. Цешинські, Я. Ленар-

товіч, Г. Гольбан, В. Косковські, Н. Гонсьоровські, А. Юраша, Г. Шрамм та ін. Ректорами університету ставали професори медицини Г. Шрамм, З. Штойзінґ, В. Сєрадзкі, А. Бек та ін. Дотримувалися правил університетської автономії, хоч влада готувала деякі її обмеження.

Кожного року приймали 15-20 студентів. За 45 років (1894–1939) медичний факультет випустив 3023 лікарів, серед яких були 505 жінок (17,5%). Українців спочатку не приймали, пізніше приймали дуже обмежено. Закінчили факультет окремі українці – Роман Осінчук (1931), Степан Коржинський (1932), Михайло Дубовий і Богдан Собчук (1933); Роман Бариляк (1935), Степан Мартинів і Мирослав Бурачинський (1936) та ін. У 1925 році на медичному факультеті було не менше 20 студентів-українців. В університеті були „вічні студенти“, які „вчилися“ по 15 років. Навчання було платним.

Медичний факультет Львівського університету в перші три періоди (66 років) створювався в Австро-Угорщині і Польщі на прохання львівських австрійських і польських вчених і громад, в ньому діяли прийняті в Європі університетська автономія і самоврядування, вибори деканів і ректорів, зв'язок з релігією, панувала німецька або польська мова викладання, готувалося мало лікарів-українців.

Українці в Галичині становили 80% населення, тоді як у Львові їх було всього 8%, росіян було 3%. Заборона уряду приймати до університету українців викликала велике обурення населення. Українською інтелігенцією Львова 1921 р. засновано нелегально Український (таємний) університет (У(т)У) із трьома факультетами, підпільно працювали перші два курси [4;9;10]. Навчання в університеті відбувалося в умовах суворої конспірації, з переслідуванням та арештами польською поліцією студентів та професорів. Деканом і професором медичного факультету, один час ректором, став Мар'ян Панчишин. Медичний факультет мав 10 кафедр, на навчання записалося 185 студентів. Серед викладачів були М. Панчишин, М. Музика, І. Куровець, С. Балей, О. Барвінський та ін. Викладали за університетськими програмами українською мовою, використовували переважно німецькі підручники та латинську мову. Документи про закінчення двох курсів друкували латинською мовою, свідоцтва видавали від імені ЗУНР і Сенату Української вищої школи. Після закінчення 4-х семестрів студенти виїжджали продовжувати навчання в закордонних університетах, де визнавали свідоцтва У(т)У. Після його закриття 1925 р. за кордоном створено Український вільний університет.

З початком Другої світової війни у 1939 році розподіл Польщі між Німеччиною і СРСР згідно

пакту Молотова-Ріббентропа привів до встановлення на Західній Україні московсько-більшовицького режиму. До Львова увійшла Червона Армія, Галичину і Закарпаття з містом Перемишль приєднано до Радянської України і СРСР.

Ліквідовано усі польські адміністрації, уряди, господарські і суспільні організації, наукові заклади, університет Яна Казімежа. Влада не допускала ніяких ініціатив львівських вчених, у жовтні 1939 р. уряд Радянської України відокремив медичний факультет реформованого Львівського університету і перетворив його у Львівський державний медичний інститут з лікувальним і фармацевтичним факультетами. Керівництво медичного інституту і кілька нових теоретичних кафедр зайняли дерматологічний корпус на вул. Пекарській, для інституту влада виділила ще 19 будинків. Виник четвертий період, який тривав 2 роки [3;4;11].

Комуністичний режим повністю ліквідував європейську університетську автономію вищої школи, підпорядкував собі інститут, не проводив виборів деканів і ректора інституту, в наукову і навчальну роботу запровадив комуністичну ідеологію (як в усіх навчальних закладах СРСР). Почав діяти запроваджений більшовицьким режимом в СРСР (1934) закон про надання Москвою двох наукових ступенів – кандидата наук і доктора наук.

Керівництво університетом здійснювало партійне бюро і директор, підпорядковані обласному комітету комуністичної партії і столичним (київським та московським) органам влади. В інституті відкрито спецчастину – віділ служби НКВС - КДБ, який займався шпигунською роботою, виявляв «антипартійних» осіб, організував у кожній групі співробітників і студентів донощиків («секретних сотрудников» – «сексотів»), впливав на рішення керівництва.

У навчальні програми введено комуністичні дисципліни: історію комуністичної партії, марксизм, лєнінізм, політичну економію, атеїзм, які викладали російською або українською мовою прибулі викладачі. Встановлено безплатне навчання, покращено стан української освіти в Галичині, але українців позбавлено національного і релігійного виховання.

Директором медичного інституту призначено присланого з Харкова лікаря (без наукового ступеня) Олександра Макарченка. Львівський науковець-мікробіолог Максим Музика став у 1939 р. заступником директора по навчальній роботі. На фармацевтичному факультеті деканом став професор Якуб Парнас, заступником декана – львів'янин Петро Мельничук з кафедри фармакогнозії, допомагав вирішувати проблеми з гуртожитками, бібліотекою, студентською їдальнею. Встановлено професорам і виклада-

чам задовільні зарплати, більшості студентів – невеликі стипендії.

Протягом жовтня-грудня 1939 року відкрито 19 нових кафедр, 13 теоретичних і 6 клінічних. Вже в жовтні 1939 р. в інституті відкрито кафедру військової підготовки. Згодом відкрито по 3 терапевтичні і хірургічні кафедри (пропедевтики, факультетської і шпитальної терапії та хірургії), засновано кафедри основ марксизму-ленінізму, інфекційних хвороб, організації охорони здоров'я, оперативної хірургії, соціальної гігієни, лікарських форм, чужоземних мов, фізики, санітарної оборони, фізичного виховання, судової хімії та ще чотири кафедри хімії. Ліквідовано кафедру історії медицини (їх не було ні в одному медичному інституті України), професору В. Зембіцкому залишили право викладати історію медицини. В грудні 1939 р. почала засідати Вчена рада інституту, троє членів якої стали партійні, комсомольські та ін. діячі, котрі мали право голосу, як професори.

З відкриттям нових кафедр штат професорів мав збільшитися у 2 рази. В інституті продовжували працювати польські професори і викладачі медичного факультету польського університету. Деякі з них переходили на російську або українську мову викладання, до певної міри намагалися продовжити свої клінічні і теоретичні роботи. Важливі роботи виконували професори Ф. Гроер, Р. Вейгль, Я. Парнас, А. Груца та ін.

Професором створеної кафедри шпитальної терапії призначено львівського українця М. Панчишина (без наукових ступенів, викладав лише в У(т)У), його заставили брати участь в роботі Народних зборів, які проголосили про приєднання Західної України до УРСР у складі СРСР, обрали депутатом Верховної ради [12]. Оскільки він часто виступав у захист представників населення від репресій НКВС, ставлення до нього з часом змінилося, сподівався переслідування. Професором фізики призначено львів'янина українця А. Ластовецького. Разом з тим, з СРСР прибуло до інституту досить багато професорів і викладачів - росіян, українців, євреїв та інших. Професором фармакології у 1940 році став Самуїл Вольтер (єврей з Москви), професором шпитальної терапії – Федір Примак з Києва. У 1939 р. в інституті викладання проводили 20 професорів і 118 доцентів і асистентів, вчилася 1134 студенти, на лікувальному факультеті – 933.

Затверджено штат інституту в числі 231 особи професорсько-викладацького складу, в тому числі професорів – 40, доцентів – 37 (збільшено в 2,5 рази порівняно з 1938 роком). Збільшено прийом студентів (у 1939 р. прийнято 344 особи), переважно робітничого та селянського походження, більшість українців. За 2 роки інсти-

тут випустив 455 лікарів і 100 провізорів. Випускникам видавали направлення на роботу на 3 роки. Велику перевагу надавали членам комуністичної партії та комсомолу.

Разом з тим почалися репресії сталінських каральних органів проти західно-українського населення. НКВС безпощадно розправлялося з «буржуазними націоналістами» – свідомою українською інтелігенцією. Вперше в історії університету наступив відкритий терор, проводилися арешти і засудження до смерті, розстріли, ув'язнення студентів і викладачів, заслання їх в концтабори ГУЛАГу. У 1939–1941 рр. в Галичині було знищено і вивезено близько 1 мільйона селян, інтелігентів, робітників до Сибіру, Казахстану, де вони гинули в таборах смерті. В їх квартири і будинки вселялися заново прибулі нові „визволителі”, у більшості – родини енкаведистів. У медичному інституті була складна і напружена ситуація. В січні 1941 р. відбувся показовий закритий «Процес 59-ти» студентів-членів ОУН, засуджено до смерті 42 осіб. За рішенням Колегії Верховного суду СРСР розстріляно 19 засуджених. Серед покараних було 6 студентів медичного інституту: Орест Булка, Богдан Старко, Петро Шенгера, Степан Думанський, Дарія Коверко, Ярослава Якимечко. Арештовано професора Р. Ренцко, лікаря-дерматолога М. Дубового.

В червні 1941 року з початком нападу гітлерівської Німеччини на СРСР Львів окупували німецькі війська, почався трьохрічний період гітлерівської окупації. Поспішний відступ Червоної армії супроводився винищенням десятків тисяч політв'язнів у тюрмах Західної України. Протягом тижня (22 – 29.06.1941) в Галичині загинуло до 80 тис. в'язнів, в перші дні липня у трьох львівських в'язницях НКВС розстріляло 2 464 особи. Немало вчених загинуло в процесі евакуації. В ці дні НКВС арештувало кілька десятків студентів і працівників медичного інституту, розстріляло помічника ректора медінституту Є. Струка, головного бухгалтера Кухар. 25 червня військовий трибунал засудив до розстрілу П. Мельничука, але декан Я. Парнас врятував його. Евакуйований до Москви до Академії наук Я.Парнас помер у в'язниці 1949 р.

30 червня 1941 Організація українських націоналістів (ОУН) проголосила у Львові відновлення української державності та утворення Державного Правління на чолі з Я. Стецьком, на міській ратуші повівав синьо-жовтий прапор. М. Панчишину (йому вдалося уникнути евакуації і можливої загибелі) запропонували пост міністра народного здоров'я. Однак за кілька днів із встановленням німецької окупаційної влади український уряд заборонено. 12 липня арештовано Я. Стецька і членів правління. Характер панування німецьких окупантів на захоп-

лених територіях був застрашуючий, охоплював винищення нашого населення, особливо його провідної верстви. 15 вересня гестапо масово арештувало українську інтелігенцію, у в'язниці на Лонцого потрапило кількасот осіб, в тому числі Василь Бандера.

Влада Губернаторства заборонила діяльність вищих шкіл, в тому числі Львівського медичного інституту. Відкрито Лікарську палату, але не дозволено відновити Українське лікарське товариство. 1 липня видано розпорядження всім працівникам з'явитися на своїх місцях праці. Більшість співробітників медичного інституту з'явилися на кафедрах і в клініках, але доля інституту залишалася невідомою.

3 липня гестапо і есесівці таємно арештували і вбили 14 професорів і науковців медицини, а також вчених Політехніки та інших вищих шкіл, їхніх рідних та знайомих, всього біля 40 осіб. Без звинувачення і суду були розстріляні А. Цешинські, В. Серадзкі, Т. Островські, Р. Ренцкі, Я. Грек, В. Добжанецькі, Г. Гіляровіч, В. Новіцкі, С. Прогульські, С. Мончевські, Є. Гжендзельські, Є. Новіцкі, українець Адам Соловій. Цей надзвичайний злочин гітлерівців, що був довго затаєний від світу, детально описаний [13;14].

Перед арештом гестапо покінчив життя самогубством з сім'єю професор Адольф Бек. Продовжувалися репресії окупантів, у Львові арештовано багато українських інтелігентів.

Окупаційний уряд генерал-губернатора зберіг кафедри і клініки медичного інституту. Велику частину шпиталів зайняли німецькі військові, кількість ліжок зменшилася з 1800 до 900. Уряд призначив проф. М. Панчишина «комісаричним управителем» інституту. Разом з доктором Я. Гинилевичем вони добивалися можливості відновити роботу медичного факультету для підготовки українських лікарів. В листопаді 1941 р. директором призначили німця доцента К. Шульце. Крім викладачів польського університету («арійського» походження) М. Панчишина вдалося призначити в клініки українців – Я. Максимонька, Я. Малиса, О. Подолинського, Я. Гинилевича, Б. Гординського, С. Мартиніва, Д. Луцика, Н. Лукіяновича, С. Юсько, Н. Левицьку, С. Парфанович, В. Кіналя, М. Подільчака, О. Скороход, С. Кривокульського, О. Ковалю та інших. Наряду з 13 професорами та 52 науковцями-поляками були 44 викладачі-українці.

На теоретичних кафедрах працювали українські викладачі М.Бурачинський (анатом), Т. Мучій (гістолог), В. Кассараба (патолог), Б. Мриц (судовий медик). Відновлено кафедру історії медицини з проф. В. Зембіцким, на ній працював також українець Я. Бачинський. На фармацевтичному факультеті працював фізик проф. А. Ластовецький, хімік-фармацевт Є. Вертипорох (декан

фармацевтичних курсів), на фармакогнозії – асистент П. Мельничук, було ще 15 викладачів-українців.

14 квітня 1942 влада дозволила відкрити роботу Державних медично-природничих фахових курсів (ДМПФК). Почався п'ятий період вищої медичної школи, який тривав 2 роки [9;15;16].

Навчальні програми на курсах принципово не відрізнялися від передвоєнних (1939), були ідентичними з програмами німецьких університетів. Навчальний рік поділено на триместри, навчання було платним. Професори кафедр і клінік самі організували навчальну роботу, влада не перевіряла програм, лекцій чи семінарів. Окупанти не нав'язували фашистської ідеології, не виховували вірнопідданості гітлерівській владі, тільки обмежували зарахування студентів за національністю, вимагали користуватись німецькою мовою. Проте місцеві викладачі інколи переходили на українську та польську мови. Проф. М. Панчишин і його колеги прагнули, щоб курси мали ознаки української вищої школи.

У квітні 1942 на курси прийнято 722 особи. На першому триместрі більшість становили українці (прийом поляків був обмеженим), на старших курсах переважали польські студенти. Замість дипломів видавали довідку-посвідчення та листок про здачу лікарських екзаменів. Українським і польським лікарям строго не дозволялося лікувати німців. Восени 1943 р. на курсах навчалось вже 1577 осіб, із них 1238 українців, 322 поляків, 17 – інших національностей, випускників було 32. На фармацевтичних курсах навчалось 113 студентів, з них – 75 українців. Протягом 1942-1943 закінчили навчання 143 особи.

В липні 1942 р. оголошено, що випускникам Львівського медичного інституту 1940 і 1941 рр. необхідно повторити іспити і нострифікувати дипломи. Це досить формально провела комісія, очолювана професором З. Штойзінгом, було нострифіковано 160 дипломів, в т.ч. 55 українцям.

В роки німецької окупації фашисти проводили сильні каральні акції, в масових репресіях знищили біля 500 лікарів-євреїв львівщини. В листопаді 1942 гестапо знову арештувало 10 польських професорів і викладачів, директору К. Шульце вдалося добитися їх звільнення. Все це створювало у Львові, зокрема на медичних курсах, атмосферу жаху. Потрібна була велика сила волі, відвага, віра в близьке краще майбутнє, щоб викладати і навчатися в таких умовах.

Окупаційна влада підсилювала ворожість польської шовіністичної молоді і українських студентів, нацьковувала взаємно українців і поляків. Це привело до важких трагічних подій на Волині, в Підляшші. Ще до 1938 р. у села Галичини і Волині прибуло 200 тис. поляків і ще 100 тис. переселилися у міста. Це стало основною при-

чиною конфронтації, нав'язаною між меншиною поляків і корінним населенням українцями. Найбільш драматичні події розгорнулися 1943 р. У Львові трагічно загинули медики – професори Б. Яловий, А. Ластовецький, О. Подолинський, передчасно помер переслідуваний проф. М. Панчишин.

На початку 1942 р. почали діяти загони Української повстанської армії (УПА), студенти курсів допомагали УПА. Лікарі і студенти сприяли створенню підпільного Українського Червоного хреста.

У березні 1944 в зв'язку з наближенням фронту стали закінчувати навчання. Планувалася евакуація і продовження діяльності курсів у Кракові.

В 1943-44 при відступі окупантів із східної України на фахові курси приїхали працювати зі сходу професори, які уникали репресій більшовиків. Це були фтизіатр В. Плющ, фізіолог В. Радзимовська, хірург Б. Андрієвський, психіатр А. Лук'яненко, зоолог М. Ветухів, фармацевт-хімік Є. Вертипорох та ін. [3].

Згодом частина викладачів курсів продовжили науково-педагогічну роботу в радянському Львівському медичному інституті. Це Ю. Децик, С. Юсько, Д. Луцик, С. Мартинів, М. Подільчак, С. Барвінський, В. Келеман, І. Кенс, С. Коржинський, Б. Собчук, Я. Бачинський (репресований), С. Кметик (репресований), Т. Вільчинський.

Ряд професорів і викладачів, які брали активну участь у національно-визвольному русі, подалися на еміграцію: Б. Андрієвський, В. Плющ, Є. Вертипорох, В. Радзимовська, І. Мриц, Я. Воевідка, В. Кассараба, Я. Гинилевич, Б. Гординський, Н. Лук'янович, Р. Осінчук, С. Парфанович, Л. Максимонько та ін. Вони стали активними діячами української лікарської діаспори.

Із числа студентів курсів вийшли пізніші доктори наук, професори у Львові – Д. Макар, О. Винницький, М. Шеремета, Л. Січкоріз, Р. Рудий, С. Кіт, А. Лемішка, Р. Кенс, А. Хома. та ін. Із студентів вийшло також багато лікарів української діаспори, зокрема видатні фахівці, громадські діячі, меценати – Я. Барвінський, П. Пундій, П. Моцюк, В. Білинський, М. Дейчаківський, Є. Стецьків, П. Джуль, Н. Білозор-Коропецька, С. Ворох, Ю. Гордиловський, С. Дудяк, В. Зарічний, М. Козак, Р. Филипович, М. Фішер-Слиж, Б. Шухевич та ін.

Потрібно виправити замовчування або перекручення в УРСР історії цієї Львівської вищої медичної школи. Викладачі та студенти курсів не прислугувалися окупантам, у надзвичайно важких окупаційних умовах не діяли на шкоду українському народу. За свою відданість справі підготовки українських лікарів О. Подолинський, А. Ластовецький, М. Панчишин і Б. Яловий заплатили найвищою ціною – власним життям.

Мало в Україні відомо, що в роки гітлерівської окупації у Львові таємно діяла Рада лікарсь-

кого факультету (виділу), яка проводила таємне навчання польських студентів. Викладачами і габілітантами було 10 професорів, очолював К. Яблоньскі, декан – проф. Т. Залевскі, проректор – проф. Б. Яловий. Проф. Вейгль Р. допомагав і давав Раді своє приміщення Закладу (кафедри) загальної біології в університеті на вул. Миколая. Після закінчення Другої світової війни Міністерство освіти Польщі затвердило тайно проведену габілітацію лікарів [7].

Влітку 1944 р. радянська армія увійшла до Львова і Галичини, відновилася тоталітарна комуністична влада, яка панувала до 1990 року. У жовтні відновлено Львівський державний медичний інститут, його партійне керівництво. Ліквідовано діючу на фахових курсах кафедру історії медицини. Настав найдовший 6-й період діяльності інституту тривалістю 46 років [3;4;18–20].

З 226 осіб професорсько-викладацького складу, що працювали в Інституті перед 1941 роком, на жовтень 1944 р. залишилося 95, серед них 18 професорів, 13 доцентів та 64 асистенти і викладачі. В інституті бракувало 14 професорів і 3 доцентів, яких стратили гілерівці або загинули у 1941 році. Інші професори польського університету короткий час (1-2 роки) продовжували працювати. Перші роки оплата професорів була низькою, студентам давали також невисокі стипендії.

По закінченню Другої світової війни запроваджено процес репатріації українського, польського, німецького населення. Українців, які проживали в Польщі у Закерзонні – у Надсянні, на Лемківщині і Холмщині, переселяли до Галичини та в інші області України. Поляків і німців переселяли на територію Польщі та Східної Німеччини.

Польські професори медицини (10 осіб), викладачі та лаборанти (кілька десятків осіб) у 1944-46 рр. виїхали, переважно до нового польського університету в м. Вроцлав (колишній Бресляу). В Інституті виник брак науковців: докторів, кандидатів наук. Влада організувала приїзд до Львова на їхнє місце та на місце арештованих гітлерівцями вчених професорів і доцентів зі східних областей УРСР та з СРСР. Професор анатомії Ю. Марковскі виїхав (1944) до Польщі, незабаром його замінив проф. А. Любомудров з Росії (Іваново). Професор біології Р. Вейгль виїхав (1945) до Краківського університету, його замінив проф. М. Єфімов з Москви. Отоларинголог Т. Залевскі виїхав до Вроцлава (1944), незабаром його замінив С. Міхайловскі з Башкирії. Хірург А. Груца переїхав до Варшави (1944), його замінив Г. Скогогоренко (єврейського походження) з м. Душанбе. Професор гігієни З. Штойзінг виїхав (1945) до Вроцлава, замінив його професор білорус В. Мартинюк з Києва. Дерматолог Я. Ленартович виїхав (1946) до

Вроцлава, його замінив Т. Глухенький з м. Орджонікідзе. Патофізіолог Б. Гендош виїхав до Кракова (1945), його замінив Г. Пешковський із Сталінабада. Історик медицини В. Зембіцький виїхав до Кракова, потім до Вроцлава. Дерматолог Р. Лещинський і невропатолог Г. Гальбан виїхали в пенсійному віці. Залишився працювати в медичному інституті до кінця життя (1964) один поляк професор фармакогнозії Тадеуш Вільчиньскі.

Місця і посади арештованих у 1941 році польських професорів також зайняли прислані з СРСР науковці. Терапевт професор Ніколай Кевдін – росіянин, прибув (1945) з Туркменістану; терапевт Тимофій Глухенький прибув (1944) з Північної Осетії, хірург професор Георгій Караванов – росіянин, прибув (1944) з Харкова і т.д. Приїжджі радянські вчені формували свій науковий напрямок, запроваджували радянський спосіб розвитку науки і навчання студентів, викладали російською мовою, виховували співробітників і студентів у дусі комуністичної ідеології.

Лише педіатра Ф. Гроєра, який виїхав в Польщу (1946), замінив його учень українець доцент С. Коржинський. Після від'їзду до Москви Я. Парнаса (1943) кафедру біохімії згодом також очолив львівський українець Б. Собчук.

Обов'язки директора інституту спочатку виконував Тимофій Глухенький, заступником з навчальної роботи він взяв львів'янина П. Мельничука, видав накази про викладання українською мовою. 1-го жовтня 1944 року 1062 студенти лікувального і фармацевтичного факультетів почали навчальний рік. На 1-й курс лікувального факультету було зараховано 469 студентів. Після відпрацювання 3 роки за скеруванням молоді лікарі могли або залишатися, або переходити в іншу медичну установу в іншому населеному пункті.

Проте українізація інституту викликала невдоволення багатьох викладачів, які звернулися зі скаргами до Москви, і Т. Глухенького зняли з посади директора. Новим директором призначено Г.П. Скосогоренка (на 6 років), згорнула українізація інституту.

Разом з тим, після закінчення Другої світової війни Радянська влада посилила заходи жорстокої боротьби з «буржуазним націоналізмом» українського населення, яке часто сприяло формуванню УПА і боротьбі проти комуністичного поневолення. В УПА відійшли (1944) студенти медицини В. Манюх та О. Король; В. Ониськів допомагав УПА проводити санітарні курси.

Репресій НКВС зазнали висококваліфіковані лікарі, викладачі Львівського медичного інституту, багато їх арештовано, заслано в ГУЛАГ. В 1945 р. загинули в УПА асистент Антін Кольман,

Степан Олесницький. Арештовано фізіолога М. Ясеницьку (1945), у 1948 р. – доцентів: терапевта М. Лотовича, невропатолога-історика медицини Я. Бачинського, асистентів: інфекціоніста С. Кметика, з кафедри фармакогнозії П. Мельничука та ін. Проведено суд над терапевтом О. Барвінським, з кафедри фізіології вивезено аспіранта Б. Надрагу, засуджено В. Васильчишина.

У 1946 р. енкаведисти вбили студентів медицини Б. Ковалю та П. Городника. У 1948-1949 рр. зазнали репресій студенти А. Плюгавка, В. Лемеха, О. Зубрицька, Г. Бусол, С. Боровець та ін., понад 20 осіб. Вбито студентку, секретарку деканату Л. Верес. Після вбивства Я. Галана (1949) на деякий час арештували професорів Г. Ковтуновича і М. Туркевича, асистента М. Копистянського, лікарів Н. Левицьку, Я. Павловську, студентів І. Буланову, В. Васюту, В. Шелеста. Засуджено на 10 і 25 років студентів 2 курсу Я. Томчука (1950) та Ю. Лаб'яка (1951).

Західну Україну заповнили 30 тис. партійних працівників і 3500 спеціальних пропагандистів. Маса демобілізованих офіцерів залишилася на постійному проживанні в містах Західної України.

Автор статті вступив до Львівського медичного інституту у 1946 році, був свідком виключення і репресій щодо викладачів і студентів. Українською мовою читали автору лише Б. Собчук, М. Музика, С. Коржинський, І. Студзінський, Р. Барилляк і М. Дубовий. Деякі асистенти на цих кафедрах викладали лише російською мовою. У 1949 р. в медінституті працювали 174 приїжджі професори і викладачі та лише 64 «местных» (з довідки директора Скосогоренка до обкому партії). У 1951 році автора як активного члена Наукового студентського товариства зарахували в аспірантуру кафедри нормальної фізіології, захистив під керівництвом проф. Я.П. Склярова українською мовою кандидатську дисертацію (1955). За 13 років роботи асистентом і доцентом в Івано-Франківському медичному інституті зміг захистити (стало обов'язково російською мовою) докторську дисертацію (1968). Проте посади професора-фізіолога в медичних інститутах УРСР не зміг отримати, професорами-фізіологами були призначені партійними органами росіяни, євреї і інші члени партії. Інститути, як і інші вищі школи СРСР, надавали велике значення належності викладачів до комуністичної партії, студентів – до комсомолу. Більшість населення західного регіону України не проявляла інтересу до вступу в КПРС, на 23 тис. членів Львівської партійної організації у 1950 р. (роки сталінщини) лише 10% походило з місцевого населення.

У 50-х роках ХХ сторіччя, після смерті диктатора, коли після довгих років більшовицьких



репресій настав період хрущовської відлиги, у Львівському медичному інституті став відбуватися позитивний розвиток. Була відкрита „залізна завіса”, появилася більш правдива історія. З Сибіру поверталися до своїх домів мільйони невинних політв'язнів. Інститут почав широко розбудовуватися, став елітним навчальним закладом серед медичних інститутів Радянського Союзу. Багато років інститутом керували директори росіяни Л. Кузьменко (13 років) і М. Даниленко (17 років).

Починаючи з 1961 року, медінститут здійснював навчання іноземних громадян з країн Європи, Азії, Африки та Америки. За 30 років підготовано біля 1500 лікарів і провізорів — іноземців, які стали успішно працювати у багатьох країнах світу.

За розпорядженням керівництва інституту в 60-х роках почато всесоюзні випуски (вважають, що це збіднювало генофонд галичан), з викладання на усіх кафедрах і клініках повністю витіснено українську мову та запроваджено російську мову. За рішенням партійного керівництва з Москви проводилася робота по комуністичному вихованню в інституті «советського народу» і недопущення українського патріотизму, частина викладачів і студентів цього не сприймали.

До кінця існування СРСР у Львівському медичному інституті число кафедр збільшилося до 74, у 80-ті роки відкрито 12 кафедр, працювало близько 90 професорів. Деяко збільшилося число професорів-галичан. В процесі 45 років науковці за існуючими правилами захищали кандидатські та докторські дисертації, деякі галичани вступали до партії. Професорами змогли стати місцеві хірурги Д. Макар, В. Чаплинський, М. Подільчак, В. Масляк, М. Павловський, Б. Білинський, М. Лоба, А. Гнатишак; терапевти — С. Мартинів, Ю. Децик, М. Панчишин, Є. Заремба (Волинь), Ю. Кияк, педіатри — С. Коржинський, С. Юсько; дитячий хірург В. Гроховський, фтизіатр Ю. Кулачковський, акушер-гінекологи — В. Лесюк і О. Созанський, отоларингологи — Р. Баріляк і О. Кіцера, дерматологи-венерологи — М. Дубовий і Ю. Туркевич, стоматологи — О. Коваль, Л. Луцик, Є. Гоцко, С. Кухта, фармаколог Р. Рудий, гігієніст І. Даценко (з Волині), біохіміки — Б. Собчук і М. Шлемкевич та ін., всього близько 40 осіб.

В період радянської влади професори місцевого, українського, походження становили біля третьої частини науковців інституту. В цей час на деяких кафедрах інституту ні одному викладачеві-галичанину — «местному» — не дали можливості захищатися та ставати професором. Це кафедри анатомії, патологічної анатомії, епідеміології, інфекційних хвороб, офтальмології, неврології, рентгенології і радіології, анестезіології і реаніма-

тології, гігієни харчування, комунальної гігієни, організації охорони здоров'я, філософії та ін. З кафедри нормальної фізіології, яку очолювали професори Я.П. Скларов (1952-1974), Є.М. Панасюк (1974-1999), тепер М.Р. Гжегоцький (з 1999), довелося вибути 10 (!) місцевим науковцям (М. Ясеницька — арештована, Є. Думін, В. Васильчишин, (арештований), Б. Надрага (висланий в Сибір), Я. Ганіткевич, І. Шостаковська, О. Назарчук, Н. Давосир, А. Мазурок (арештована), Є. Яремко).

Партійне керівництво і спецчастина НКВС не допустили до захисту докторської дисертації місцевих українців: рентгенолога Я. Криштальську, біолога З. Служинську, психіатра Р. Николина. Місцевого хірурга Ореста Фільца після захисту докторської дисертації 16 років не допускали до посади професора!

При розпаді Радянського Союзу у 1991 році проголошено суверенну незалежну державу Україну, Львівський медичний інститут увійшов у 7-й період діяльності [1;3;5;20]. Інститут, підпорядкований Міністерству охорони здоров'я України, із повністю збереженими радянськими кадрами, прийняв нову концепцію вищої медичної освіти, наближену до світових стандартів. Його перейменовано у Львівський медичний університет (1996), надано ім'я першого короля Галицько-Волинської держави Данила Галицького (1998). Пізніше (2003) указом Президента України надано статус національного (ЛНМУ). За результатами рейтингу університет увійшов до п'ятірки найкращих вищих шкіл України, прийнятий до Європейської та міжнародної асоціацій університетів. Медичний університет в Галичині нарешті став українським!

При перетворенні медичного інституту не допускалося ініціативи вчених і лікарів, лише пропозиції керівних органів, погоджені з вищими інстанціями. Влада реорганізувала вищі школи, через ректорат і вчену раду Львівського медичного інституту ліквідовано кафедри і викладання комуністичної ідеології, спецчастину і компартійне бюро (їх документи, зокрема про «сексотів», знищено), натомість відкрито гуманітарні кафедри, запроваджено принципи Болонської освіти. Викладачів комуністичних дисциплін залишено в інституті, їм довірено викладати гуманітарні дисципліни. Навчальний процес і роботу інституту вперше переведено повністю на українську мову, перестали враховувати належність співробітників і студентів до партій, стали підтримувати український патріотизм. Запроваджено систему виборів на довгий час деканів і ректора, за добром керівників вищими органами. В останні десятиліття університет знаходиться під керівництвом українців-реktorів, це професори хірург Михайло Павловський (1981-98) та фар-

мацевт Борис Зіменковський (від 1998 р.). Ними введено деякі університетські традиції та регалії.

При інституті відновлено українські організації – Українське лікарське товариство (проф. О. Кіцера), Товариство української мови – «Просвіта» (проф. П. Скокій), Лікарську комісію Наукового товариства Шевченка (проф. Я. Ганіткевич), «Рух» та ін. Налагоджено контакти з лікарями діаспори, з Українським лікарським товариством Північної Америки (УЛТПА).

ЛНМУ з часом розширився до 7 факультетів, запроваджено принципи Болонської освіти. Розвинута участь у зарубіжних і міжнародних конгресах, симпозіумах, конференціях. Число кафедр збільшено до 78, навчальних корпусів – до 14; в них стали працювати 108 професорів, 124 докторів наук (1), створено Інститут клінічної патології (очолює акад. Д.Д. Зербіно). При кафедрі філософії та економіки вперше в Україні відкрито (1998) кабінет біоетики і започатковано її викладання, в елективному порядку читається християнська етика (сестра Діогена-Терешкевич, магістр релігійних наук). Число науково-педагогічних працівників становить близько 1200 осіб.

Науковці виконують біля 60 науково-дослідних тем у різних актуальних напрямках медицини. Біля 300 викладачів готують за радянською системою кандидатську або докторську дисертації, працює 5 спеціалізованих вчених рад по захисту дисертацій. Щороку захищають 5-7 докторських і 35-40 кандидатських дисертацій.

В університеті навчається понад 5000 студентів. Біля половини студентів приймається на оплачуване навчання. Студенти з добрими оцінками дістають невисокі стипендії. Близько 1000 осіб отримуть щорічно дипломи лікарів, провізорів і медсестер. Випуск 2009 року становив 446 лікарів, 240 лікарів-стоматологів, 254 провізори. Випускники лише частково отримують скерування на роботу. Навчаються в університеті або спеціалізуються понад 1000 іноземців із 44 країн. З 1997 розпочато навчання іноземних студентів англійською мовою. У 2012 році випущено 989 лікарів і провізорів, серед них 129 молодих фахівців з 20 держав чотирьох континентів світу.

Університет співпрацює в галузі науки і освіти з 10 медичними університетами і центрами Європи і Північної Америки. Зросла участь науковців у зарубіжних і міжнародних конгресах, симпозіумах, конференціях. 35 іноземних вчених обрано почесними докторами університету.

На початку розбудови незалежної України біля десяти галичан, активних учасників національного відродження, членів УЛТ, дійсних членів НТШ, стали професорами. За 20 років незалежності України професорами – завідува-

чами кафедр і клінік призначено понад 15 науковців-галичан, українців. Це хірург Я. Яцкевич, терапевт О. Абрагамович, педіатри О. Гнатейко і Ю. Коржинський, акушер-гінеколог О. Винницький, отоларинголог М. Крук, фтизіатр І. Ільницький, невролог С. Пшик, уролог Ю. Борис, психіатри І. Влох і О. Фільц, гістолог О. Луцик, патофізіолог М. Бідюк, стоматологи Т. Заболотний і Ю. Вовк та ін. Проте і за України не допустили до повернення на кафедру нормальної фізіології місцевого професора Я. Ганіткевича. Кількість професорів-завідувачів кафедр місцевого українського походження становить лише біля третини, подібно як в періоди радянської влади.

Оплата професорів і викладачів у 1990-х роках досягала кілька десятків мільйонів девальвованих грошей, із запровадженням гривні стала в 10 разів вища за радянський період (біля 5000 грн), але в середньому в 10-20 разів нижча від європейської. Це становить значні труднощі, оскільки вартість багатьох товарів і послуг зросла в 20 – 40 – 60 і більше разів; ціни на ліки, продукти, деякі товари, транспорт, квартири та ін. наближаються до європейських, а інколи їх перевищують. Оплата місяця навчання на платному відділі значно перевищує середню місячну зарплату лікаря.

Складні проблеми викликає глибоко поширена в державі загальна корупція, якої немає в розвинутих країнах, в Білорусії, Грузії та ін. (В 1-3 і 5-й періоди в державах і в університеті не траплялися прояви корупції). Із ЛНМУ за хабарництво звільнено 7 викладачів (2006, 2011), обговорюються питання корупції за наслідками анонімних анкет.

Досі не встановлено пам'ятних знаків вбитим і репресованим сталінським НКВС та гітлерівським гестапо викладачам і студентам університету (крім встановленого сім'єю Є. Струка). Майже повністю перестали діяти в університеті громадсько-політичні організації.

На відміну від європейських університетів у ЛНМУ залишено впроваджені тоталітарним комуністичним режимом зміни – ліквідацію університетської автономії і самоврядування, центральне і місцеве управління університетами [21], введення до складу Вченої ради (професорів) університету біля 25% співробітників без наукового ступеня і студентів. Не відновлено кафедри історії медицини, університетських правил незалежних виборів деканів і ректорів професорами на короткий час. Залишено (як в усіх медичних інститутах України) запроваджений комуністичним режимом науковий ступінь кандидата наук, який зберігається лише в Російській Фелерації, деякий час був у Польщі (1951-1958). Після захисту

дисертації в університеті дипломи продовжує видавати ВАК в столиці України.

Поступово в університет стали включати європейські звання – вищу освіту рівня бакалавра або рівня магістра. Тепер влада готує проект закону, за яким впроваджений в СРСР науковий ступінь кандидата наук не буде відмінним, лише переіменованим. Випускникам після захисту дисертації кандидата наук буде присуджуватися третій ступінь «Доктора філософії» із зазначенням наукової спеціальності, наприклад «Доктор філософії з медицини за спеціальністю «Хірургія». Ця реформа наслідуює проект змін вищої освіти в Російській Федерації. На жаль, науковці університетів України і Європи не залучені широко до обговорення проектів повернення в Україні європейських наукових ступенів (та автономії університетів).

Адже при запровадженні в СРСР двох наукових ступенів – кандидата і доктора наук – на підготовку професора з медицини затрачалось

багато більше років [22]. До настання комуністичного режиму середній вік 64 докторів медицини становив 30 років, у Київському університеті – 26 років. Після запровадження двох наукових ступенів середній вік докторів медичних наук у 1936-2004 рр. становив уже 46 років – підвищено його на 16-20 років! На підготовку кандидатської дисертації тратили в середньому 8 років, для докторської – 12 років, разом на здобуття двох наукових ступенів потрібно було в середньому 20 років, в 4 рази більше (!) ніж в Європі. Отже при зміні лише назви кандидатської дисертації може залишатися в Україні (як в Росії) відмінний від європейських університетів порядок наукових ступенів, що вимагає багато більшої затрати часу від докторів наук.

На жаль, продовжує діяти спадщина тоталітарного режиму, соціальні і громадські процеси в державі України за 21 рік ще не привели до повного повернення університетів до традицій минулих століть, до європейських норм.

### Список літератури

1. *Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*. Довідник 2009. «Наутілус». 2009. – 409 с. (Віхи історії університету, с.16-24)
2. *Finkel Ludwik, Dr., Starzycki Stanislaw, Dr.* // *Historia Uniwersytetu Lwowkiego*. Lwow, 1894.
3. *Зіменковський Б. М. Гжегоцький, О. Луцик*. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1785 – 2009. Львів, 2009. – 452 с.
4. *Львівський державний медичний інститут*. 210-річчю відкриття, 100-річчю відновлення медичного факультету у Львові присвячується. Львів, 1994. – 328 с.
5. *Маркович Всеволод*. Короткі нариси до історії Львівського медичного національного університету імені Данила Галицького // *Український інформаційний бюлетень здоров'я*, 2005, № 1, 2, 3, 4.
6. *Пам'ять не згасне*. До 70-річчя трагічної загибелі українського вченого Адама Соловія // *Народне здоров'я*. 2011. № 12 (273).
7. *Zwoydzia Wlodzimierz*. Historia wydzialu lekarskiego uniwersytetu Lwowkiego // *Archiwum historii medycyny*. Warszawa, 1964-65.
8. *Ziembicki Witold*. Zakiad historii medycyny we Lwowie. Kronika lat 1942-1944 // *Archiwum historii medycyny* – 1991. № 44/ 2. S.289 – 215.
9. *Осінчук Р.* // *Медичний світ Львова (1883-1939); Німецька окупація Західної України (1941-1944); Медичний факультет Українського таємного університету у Львові (1920-1924 рр.)* // *Лікарський збірник*. Нова серія. Т.ІV. Львів - Нью-Йорк, 1996.
10. *Мудрий В.* Змагання за українські університети в Галичині. – Львів; Нью-Йорк, 1999. –129 с.
11. *Шапиро И.Я.* Очерки по истории Львовского медицинского института. Львів, 1959. – 227 с.
12. *Ганіткевич Ярослав* // *Мар'ян Панчишин – видатний лікар, педагог, вчений і суспільно-політичний діяч Західної України* // *Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи*. Львів, 2002. – С. 338-370.
13. *Albert Zygmunt*. Każc profesoryw lwowskich – lipiec 1941. Studia oraz relacje i dokumenty zebrane i opracowane przez Zygmunta Alberta // *Wroclaw*, 1989.
14. *Ганіткевич Я.В.* Трагедія групи львівських професорів у 1941 році (до 70-ї річниці страти вчених) // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2011. № 3. С.85-96.
15. *Кубійович Володимир*. Українці в Генеральній Губернії 1939-1941. Чикаго. 1975.
16. *Стецьків Євген, д-р*. Медичні студії у Львові в роки Другої світової війни (1939-1944 рр.) // *Народне здоров'я*. 2009. № 11-12 (248-249).
17. *Cieszynski Tomasz*. Dziaialnosc wydzialu lekarskiego UJK we Lwowie w czasie wojny niwiatowej od wrzeńnia 1939 do sierpnia 1944 roku // *Archiwum historii i filozofii medycyny*. 1995. T. 58. № 2. S. 141-149.
18. *Очерки истории высшего медицинского образования и научных школ в Украине*. Киев. 1965.
19. *Крыштопа В.П.* Высшее медицинское образование в Украинской ССР. Киев, 1985.
20. *Ганіткевич Ярослав*. Історія української медицини в датах та іменах. Львів, 2004. 365 с.
21. *Ганіткевич Я.В.* Чи будуть в Україні європейська автономія та самоврядування університетів? // *Економічний часопис – XXI*. – 2005. – Ч. 5-6. – с. 50-54.
22. *Ганіткевич Я.В.* Наукові ступені в Україні: історія і проблеми // *Світогляд*, 2006, № 2. с.46-56.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ЛЬВОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ ДАНИЛА ГАЛИЦКОГО**

*Я.В. Ганиткевич (Львов)*

В статье описывается 7 периодов истории Львовского медицинского факультета/института / курсов/ института/университета при власти Австро-Венгрии, Польши, СССР, Германии, снова СССР, независимой Украины. Представлены наличие в нем известных в Европе и в Украине ученых-профессоров, научные достижения, положение украинских преподавателей и студентов, данные об их репрессии. Описано подготовку ученых-галичан, состояние университетской автономии, научные степени, язык преподавания, материальное положение.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Львов, медицинский университет, история университета.

**HISTORICAL PERIODS OF DANYLO HALYTSKY NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY IN LVIV**

*Ya.V. Hanitkevych (Lviv)*

This article describes the seven periods of history of the medical faculty/institute/courses/Institute /University of Austro-Hungary, Poland, the USSR, Germany, the Soviet Union again, independent Ukraine. Presented of a well-known in Europe and Ukraine scientists and professors, academic achievement, the position of Ukrainian teachers and students, information about their repression. Has been describ the preparation of scientists of Halychyna, state university autonomy, academic degrees, language teaching, material condition.

**KEY WORDS:** Lviv Medical University, History of the University.

*Рецензент:* д. мед. н., проф. О.М. Голяченко

## ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ ЦІБОРОВСЬКИЙ (до 80-річчя від дня народження)



15 жовтня виповнилося 80 років Олегу Михайловичу Ціборовському. Видатний науковець народився в 1932 році в м. Києві в родині лікарів. Початок його життя співпав з Голодомором 1932—1933 рр., а дитинство було опалене полум'ям Другої світової війни та окупації. У 1950 р. він закінчив зразкову київську школу №24 із золотою медаллю і вступив на педіатричний факультет Київського медичного інституту.

1964 року пройшов за конкурсом до Київського науково-дослідного інституту охорони материнства і дитинства (згодом і нині — Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Національної Академії медичних наук України), де пройшов шлях від молодшого наукового співробітника науково-організаційного відділу до старшого наукового співробітника і ученого секретаря інституту. Займався дослідженням стану здоров'я дітей залежно від впливу умов життя, обґрунтуванням і опрацюванням основ організації медичного обслуговування школярів і диспансеризації дітей різного віку, захистив кандидатську дисертацію на тему «Вплив соціальних чинників на стан здоров'я школярів молодших класів». Після цього працював над створенням інформаційних моделей вагітної жінки, породіллі, дітей різного віку, вивчав вплив умов

життя матерів на стан здоров'я їх потомства, обґрунтував удосконалення диспансеризації вагітних жінок, особливо тих, хто страждав на екстрагенітальні захворювання, а також займався історією інституту та охорони материнства і дитинства в Україні.

1975 року О. М. Ціборовський перейшов на педагогічну роботу в Київський медичний інститут (нині Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця), де працював старшим викладачем кафедри соціальної гігієни і організації охорони здоров'я та Республіканських курсів удосконалення керівного складу охорони здоров'я, а за сумісництвом — старшим науковим співробітником науково-дослідного сектору, займався вивченням захворюваності населення, розробкою автоматизованих систем управління охороною здоров'я, зокрема процесом диспансеризації працівників промислових підприємств.

1981 року повернувся до Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, де організував і очолив відділення, а потім відділ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я дітей і матерів, займався вивченням здоров'я дитячого і жіночого населення, впливом умов життя та інших соціальних чинників на його стан, удосконаленням диспансеризації дітей та вагітних жінок, проблемами автоматизованого управління охороною здоров'я.

У 1988–1996 рр. брав активну участь в екологічному русі як член Українського товариства “Зелений світ”, у національно-визвольному русі за незалежність України, за розбудову демократичної і правової держави у складі Українознавчого клубу “Спадщина”, Товариства української мови “Прогрес” ім. Т.Г. Шевченка, Народного Руху України, Українського товариства “Меморіал” ім. Василя Стуса, був депутатом і членом виконкому районної ради, головою районного об'єднання національно-демократичних сил, головою районної і членом Національної ради Конгресу української інтелігенції, кандидатом у народні депутати України від Народного Руху України, учасником Помаранчевої революції.

О.М. Ціборовський – один із засновників і автор програми Всеукраїнського лікарського товариства, незмінний член його правління і голова комісії у справах реформи охорони здоров'я, а також член правління Світової федерації українських лікарських товариств.

1994 року він перейшов на посаду професора кафедри управління охороною здоров'я Українського інституту державного управління і самоврядування при Кабінеті Міністрів України (згодом і нині – Національна академія державного управління при Президентові України), де займався підготов-

кою магістрів державного управління в галузі охорони здоров'я, вдосконаленням підготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів у галузі управління охороною здоров'я, проблемами реформування галузі в нових політичних і соціально-економічних умовах.

З відновленням роботи Українського інституту громадського здоров'я (колишній НДІ соціальної гігієни і управління охороною здоров'я) у 1997 р. перейшов на посаду завідувача відділення розробки, наукового супроводження, контролю виконання національних і регіональних програм реформування галузі (з 2002 р. — відділення організації медичної допомоги) і займався обґрунтуванням державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я, формуванням національних і державних програм реформування та розвитку галузі, реструктуризацією і удосконаленням системи медичної допомоги, упорядкуванням мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я і, насамперед, реорганізацією первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини; був автором і співавтором проектів Міжгалузевої програми поліпшення медичного обслуговування сільського населення, Концепції реформування ПМСД і Програми розвитку сімейної медицини, Комплексної цільової програми реструктуризації галузі, Національної програми реформування охорони здоров'я, Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації", а також кількох законопроектів і пакету нормативно-правових, інструктивно-методичних і статистичних документів, які мають регламентувати і характеризувати розвиток сімейної медицини в Україні.

У 2002 р. на громадських засадах очолив сектор історії медицини, який займався питаннями розвитку земської медицини в Україні, а з 2004 р. запланував і виконав роботу, присвячену становленню соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в нашій країні. З 2005 р. офіційно очолює сектор історії медицини як провідний науковий співробітник Українського інституту громадського здоров'я.

О.М. Ціборовський є автором і співавтором понад 360 наукових, науково-методичних і публіцистичних праць, у тому числі 50 монографій, посібників та інших науково-інформаційних та науково-методичних видань, переважно в галузі соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини, 14 статей в ЕСУ, був членом редколегій низки збірників наукових праць, газети «Пробудження» («Київ Шевченківський»), є членом редколегій журналів «Українські медичні вісті» і «Сімейна медицина», інформаційного бюлетеня «Сурмач», міжнародного журналу «Самостійна Україна», щорічних доповідей про стан здоров'я населення України та діяльності системи охорони здоров'я, членом редакційної ради журналу «Україна: Здоров'я нації». В 2010 році вийшло фундаментальне творіння автора, присвячене історії соціальної медицини «На варті здоров'я: історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні». Вперше в українській історико-медичній літературі підбито підсумки розвитку соціально-медичних ідей, що є вкрай актуальним для сьогоденного періоду розвитку реформування охорони здоров'я.

*Редакційна колегія журналу щиро вітає ювіляра і бажає подальших успіхів у його науковій діяльності*

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ВАК України.

**Тематична спрямованість журналу:** питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 150 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:
  - тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.**

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річчя давності.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 35 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

**Редакційна Рада**



Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” інформує, що у зв’язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 “Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України”, до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003  
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,  
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ  
ПОСТАНОВА  
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ  
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв’язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

#### ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов’язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв’язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв’язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов’язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов’язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко  
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

## ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".  
Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: **(044) 576-41-09; 576-41-19.**

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор к. держ. упр

С.О. Линник

## ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19**.

Директор Українського  
інституту стратегічних досліджень МОЗ України, к. держ. упр

*С.О. Линник*

---

**Адреса редакції**

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3

E-mail: uisr\_moz@ukr.net

Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

---

**Адреса видавництва**

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області

МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”  
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”

---

Редактор: О. В. Шумило

Художнє оформлення: І. В. Бутенко

Технічний редактор: С. Т. Демчишин

Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська

Перекладачі: Н. Т. Кучеренко

---

Підп. до друку 27.09.2012. Формат 60x84/8. Папір офсет.  
Друк офсет. Ум. друк. арк 14,42. Обл.-вид. арк. 13,53. Наклад 600. Зам. № 269