

ББК 51.1я73
С 69
УДК 614.2(075.8)

Авторський колектив:

Ю.В. Вороненко, доктор мед. наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; **В.Ф. Москаленко**, професор, Заслужений лікар України; **О.Г. Процек**, доктор мед. наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України; **О.А. Грандо**, доктор мед. наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; **Н.Г. Гойда**, канд. мед. наук, Заслужений лікар України; **О.П. Гульчій**, канд. мед. наук, доцент; **М.О. Дяченко**, канд. мед. наук, доцент; **В.І. Журавель**, доктор мед. наук, професор; **С.М. Зоріна**, канд. мед. наук, ст. наук. спів.; **Б.П. Криштопа**, доктор мед. наук, професор, Заслужений лікар України; **Г.В. Кухленко**, канд. мед. наук, доцент; **О.Г. Назарова**, канд. мед. наук, доцент; **О.А. Полянський**, канд. мед. наук, доцент; **М.Г. Проданчук**, доктор мед. наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України; **Л.О. Прус**, канд. мед. наук, доцент; **В.В. Рудень**, канд. мед. наук, доцент; **В.С. Столяров**, канд. екон. наук, доцент; **Ф.Я. Ступак**, канд. іст. наук, доцент; **О.Б. Тонковид**, канд. мед. наук, доцент; **А.П. Чуйко**, канд. мед. наук, доцент.

Наук. редакція: **О.Г. Процек**

Рецензенти:

зав. кафедрою соціальної медицини і організації охорони здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії, д.м.н., проф. **В.М. Лехан**;

зав. кафедрою соціальної медицини і АСУ з економікою охорони здоров'я Луганського державного медичного університету, д.м.н., проф. **Г.В. Бесполудіна**.

С 69 Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

ISBN966-7364-81-X

У підручнику висвітлено стан здоров'я населення на сучасному етапі розвитку держави, методи аналізу й оцінки рівня та структури показників здоров'я, організацію надання медичної допомоги різним контингентам населення та його санітарно-епідеміологічного забезпечення, основні проблеми в галузі охорони здоров'я в період її реформування та розвитку, правові засади діяльності різних закладів охорони здоров'я, питання економіки, фінансування галузі та впровадження медичного страхування громадян, управління системою охорони здоров'я на різних рівнях, аналізу діяльності закладів охорони здоров'я, розглядаються системи надання медичної допомоги в економічно розвинутих країнах світу, актуальні проблеми лікарської етики та медичної деонтології.

Підручник написаний відповідно до програми з дисципліни, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України, і розрахований на студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, які навчаються за спеціальностями "лікувальна справа", "педіатрія" та "медико-профілактична справа".

ББК51.1я73
УДК 614.2(075.8)

ISBN966-7364-81-X

¹ Колектив авторів (під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка), 2000

Розділ 1. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЯК НАУКА ПРО СУСПІЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Соціальна медицина, як самостійна наука, оформилась наприкінці XIX століття. Але протягом тисячоліть лікарі користувались методами соціальної профілактики хвороб.

Тяжкі умови існування людей в первісному суспільстві, складність добування їжі обумовлювали виникнення багатьох захворювань. Незважаючи на це, людина природно прагнула зберегти свої фізичні сили, тобто здоров'я. Елементарні заходи захисту від несприятливих умов - холоду, негоди, прикриття тіла або окремих його частин одежею, влаштування найпростіших жител, хоча б самого лише даху - все це примітивні зачатки гігієни.

Накопичений тисячоліттями досвід поступово призвів до усвідомленого розуміння ролі запобіжних заходів у збереженні здоров'я людини і уже в ті давні часи став основою емпіричної гігієни.

Провідними її елементами стали рекомендації обмежувального характеру щодо вживання тих чи інших рослин з лікувальною метою, продуктів харчування, використання джерел питної води тощо.

Подальшого розвитку емпірична гігієна досягла в країнах Стародавнього Сходу - колиці світової культури. Уклад життя в цих країнах в значній мірі формувався під впливом релігійних вірувань, багато з яких містили розумні поради. Із 282-х "Справедливих законів, які могутній та справедливий цар Хаммурапі встановив на користь і добро слабких, гноблених, вдів та сиріт" (Вавилон, близько 2 тис. років до н.е.) частина була медичного змісту щодо особистої та громадської гігієни, ізоляції заразних хворих, лікарської допомоги.

За тих часів були збудовані великі міста з будівлями оригінальної архітектури, з вулицями, забрукованими камінням, з тротуарами для пішоходів. В окремих містах були водопроводи з каналізацією, криті ринки.

Найдосконаліший у давнині зразок санітарно-гігієнічного будівництва створила так звана хараппська культура, що процвітала в долині р. Інду в III-II тис. до н.е. Розкопки міста Мохенджо-Даро свідчать про планову забудову: всі вулиці точно орієнтовані на чотири сторони світу - південь-північ і схід-захід.

Добре продумана система будівництва житлових будинків - дво- або триповерхові з випаленої цегли. У кожному кам'яному будинку була кімната для миття з цегляною підлогою і похилом до одного з кутів.

Вражає досить високий як на той час рівень благоустрою, зокрема штучне зрошування, колодязі, лазні, система каналізації з трубами близько 2 м в діаметрі, басейни — ці санітарно-технічні споруди є найдавнішими з відомих на сьогоднішній день.

Як зазначає англійський вчений А. Бешем у книзі під назвою "Чудо, яким була Індія" (М., 1977), " ...водостічні труби і каналізаційна система - одне з вражаючих досягнень індійської цивілізації. Жодна інша стародавня цивілізація, навіть римська, не мала такої досконалої системи водопроводу."

Санітарні рекомендації та обмеження стосовно вживання тих чи інших продуктів харчування, особистої гігієни, ізоляції хворих, окурювання помешкань, застосування масажу, водолікування, нагляду за ринками тощо, існували уже за 1,5 тис. років до н.е. в Стародавньому Єгипті.

Для того, щоб мати боєздатне військо, армії рабів для гігантських будов (піраміди, величні храми, іригаційні споруди), влада змушена була вже в ті давні часи здійснювати певні гігієнічні заходи в державному масштабі.

В силу історичних особливостей та характеру соціально-побутових взаємин носіями перших медичних, в тому числі гігієнічних, знань в ті часи були служителі храмів.

Чіткі уявлення про провідну роль запобіжних заходів у збереженні здоров'я, продовженні життя та укріпленні громадського благоустрою сформувалися в Стародавньому Китаї. В одному з найдавніших медичних трактатів, датованому 2657 р. до н.е., змістовно визначено можливості медичної науки: "Медицина не може врятувати від смерті, але спроможна продовжити життя, зміцнити моральність, заохочуючи доброчесність, переслідуючи порок - цього смертельного ворога здоров'я, може вилікувати багато недуг, що уражують бідне людство, і робить сильнішими державу й народ своїми порадами".

У Китаї до нашої ери вже застосовувалися запобіжні заходи проти віспи (варіоляція): щоб штучно викликати захворювання, засохлі струпи віспяних *пустул вкладали в ніздрі дітей*. *Рекомендувалися для здоров'я різні види спорту*, розроблена була своєрідна система пластичної гімнастики, покликана відвернути увагу хворого від сумних думок, болісних відчужань, створювати життєрадісний настрій.

Широко відображені вимоги до особистої гігієни (гігієна порожнини рота, догляд за тілом, одягом тощо), застосування гімнастичних вправ в писемних джерелах Стародавньої Індії - Законах Ману, Самхітах та Аюрведі (мистецтво лікування, вчення про довге здорове життя) (I тис. до н.е.). Медицина Аюрведів рекомендує, зокрема, вставати до схід сонця, широко використовувати водні процедури, танці, ігри, які підтримують добрий настрій, роблять людину **СИЛЬНОЮ** і спритною. В Стародавній Індії приділялась велика увага впливу на організм довкілля і навіть враховували погодні умови, призначаючи ті чи інші ліки.

Високого розвитку досягли оздоровчі заходи в країнах античного світу (Стародавня Греція та Стародавній Рим). Розвитку гігієнічних знань та навичок, елементів санітарного законодавства (Закони XII таблиць) сприяли загальний розквіт античної культури, матеріалістичні погляди багатьох давньогрецьких філософів та вчених на тісний взаємозв'язок між здоров'ям людини та навколишнім середовищем.

До наших часів зберігся збірник медичних праць, відомий під назвою "Кодекс Гіппократа", де містяться перші соціально-медичні уявлення про природу здоров'я та хвороб.

У виникненні недуг, на думку Гіппократа, величезну роль відіграють зовнішні фактори. Одні з них залежать від умов життя колективу в цілому (клімат, ґрунт, вода), інші - від індивідуальних особливостей (спосіб життя, харчування, спадковість).

В системі гігієнічних заходів виняткову увагу стародавні греки приділяли фізичним вправам, загартуванню, особистій гігієні. Культурі здорового красивого тіла античні греки надавали такого значення, якого не надавав жоден з народів протягом багатьох наступних віків.

Найдавніші законоположення римлян, які дійшли до наших днів (наприклад, "Закони XII таблиць"), містили постанови санітарного характеру - заборону поховань всередині міста, вказівки щодо благоустрою кладовищ, розпорядження користуватися для пиття гірською джерельною водою, а не водою з річки Тибр та ін.

За дотриманням цих та інших санітарних вимог слідували спеціальні чиновники - еділи, до обов'язків котрих входив, зокрема, нагляд за продажем продуктів харчування на ринках, будівництвом, чистотою водних джерел та ін. Еділи мали право карати порушників санітарного порядку.

Дуже поширені були в Стародавньому Римі громадські бані (терми), басейни та резервуари (сховища), наповнені гірською джерельною водою. Громадські бані в Римі обслуговували разом багато сотень осіб і використовувались як спортивно-оздоровчі заклади.

У справі надання медичної допомоги почали застосовувати заходи державного характеру. В імператорському Римі було вперше введено посади головних лікарів (архіятрів) великих міст, провінцій, організовано медичну службу у війську. Під час війни здійснювались планова евакуація і лікування в польових рухомих госпіталях (валетудинаріях).

В епоху середньовіччя на історичну арену виходять країни Близького і Середнього Сходу, куди й перемістилися центри медичної науки.

Найвидатнішим лікарем-ученим середніх віків заслужено вважається Ібн-Сіна (латинізоване його ім'я Авіценна, 980-1037 рр.) - автор всесвітньовідомого "Канону лікарської науки". У Каноні даються вказівки щодо гігієни житла, одягу, харчування, причому розглядається харчування окремо для дітей, дорослих і людей похилого віку. Особливого значення у збереженні здоров'я Ібн-Сіна надавав фізичним вправам, правильному харчуванню, сну.

Лікувальні заклади-притулки, що існували у великих містах Малої Азії, Єгипту, араби перетворили на великі шпиталі з медичними школами при них. Головним лікарем найбільшого багдадського шпиталю-школи був Разес (Абу-Бакр Ар-Разі, 850-929).

За переказами, Ар-Разі так вибирав місце, найбільш придатне для лікарні: розвішував шматки м'яса з однієї й тієї ж туші в різних місцях і спостерігав,

де воно довше збережеться свіжим, - саме це місце він вважав найбільш "здоровим" і тим самим найбільш придатним для лікувального закладу.

Середні віки, особливо XII-XV ст., майже до епохи Відродження, ввійшли в історію Західної Європи як період різкого занепаду санітарії.

Спочатку, коли до християн перейшли греко-римські храми, вони влаштували в них притулки для хворих, людей похилого віку, калік. Перші такі притулки-лікарні були засновані вірменами в Кесарії (Мала Азія) в 369 р. та візантійською імператрицею Євдокією в 400 р. в Єрусалимі.

Статут монастиря, при якому була Кесарійська лікарня, передбачав певний порядок догляду та лікування. Після хрещення Русі було використано й традиції монастирської медицини Візантії. Доглядали й лікували хворих у першому монастирі Русі - Києво-Печерській Лаврі.

Масове поширення заразних хвороб не було відоме в стародавньому світі в таких масштабах, яких воно набуло в епоху середньовіччя. Розвиткові епідемій сприяв цілий ряд умов: зростання міст з характерними для них скупченістю, перенаселеністю і брудом; масові пересування величезної кількості народів зі сходу на захід; пізніше — великий колонізаційний рух у зворотному напрямі - хрестові походи.

У зв'язку з колосальним поширенням прокази (під цією назвою об'єднувався цілий ряд хвороб) під час хрестових походів було утворено орден Святого Лазаря для догляду за прокаженими; притулки ці дістали назву лазаретів.

Епідемії в епоху середньовіччя, як і в давнину, описувались під загальною назвою мор (неточний переклад - чума), що об'єднувала найрізноманітніші хвороби.

У ці часи в багатьох країнах, включаючи і наші землі, починають під час епідемій ізолювати вулиці, міста, де виявилось захворювання. В портових містах Італії (1348 р.) від підозрілих суден почали вимагати перебування під особливим наглядом до розвантаження протягом 40 діб (звідси "карантин"-сорокадення); в портах було введено посади спеціальних санітарних доглядачів.

В ті ж часи виник термін "фельдшер" - в дослівному перекладі з німецької — польовий цирульник. Оскільки церковні собори заборонили лікарям займатися лікувальними процедурами, під час яких проливається кров, практична хірургія майже цілком переходить до рук хірургів-ремісників. Займатися хірургією вважалося настільки не почесною справою, що в метриках про народження писали: "народжений в законному шлюбі, не має рідних серед цирульників, банщиків та ін."

Високим для свого часу рівнем санітарної культури відрізнялась Київська Русь. З давніх-давен у побуті народу по селищах і містах широко застосовувалось миття та лікування в лазнях ("строение банное и врачеве"). Цьому елементу побуту та особистої гігієни надавалось велике значення, про що свідчить, наприклад, один із пунктів угоди з Візантією, який передбачав право руських купців користуватися лазнею.

У великих містах (Новгород) вперше в Європі в XII ст. було дерев'яними та гончарними трубами проведено воду і зроблено каналізаційні відтоки, вистелено вулиці деревом. У Новгороді, як свідчать писемні джерела (1346 р.), були також влаштовані лікарні для цивільного населення.

Зародження нових соціальних відносин, потреби виробництва, що дедалі зростало, епохальні географічні відкриття зумовили розвиток науки і культури. А. Левенгук (1632-1723) створює мікроскоп, Д. Фракасторо (1478-1553) своєю працею "Про контагії, контагіозні хвороби і лікування" (1546) доводить можливість передачі заразних хвороб різними шляхами (через безпосередній дотик, через вогнища і на відстані). Погляди Фракасторо на шляхи поширення заразних хвороб сприяли більш правильній організації боротьби з ними.

Перша капітальна праця соціальної спрямованості "Роздуми про хвороби ремісників" вийшла в 1700 році. Автором її був професор клінічної медицини Бернардіно Рамацціні (1633-1714). У вступному віршованому зверненні до своєї книги він пише: "...Ти для задушливих майстерень на світ народилася, а не для розкішних палаців можновладців". Рамацціні, вперше описуючи захворювання робітників (понад 60 професій), підкреслює потребу вивчати умови праці тих, хто є творцем "численних благ, якими користується людство" і дає поради, як зменшити кількість таких захворювань або й зовсім уникнути.

У XVIII ст. на медичних факультетах Західної Європи починають уперше включати як окремий розділ до складу тієї чи іншої дисципліни, частіше до судової медицини, так звану "медичну поліцію", яка висвітлювала санітарні заходи громадського характеру, передусім при епідемічних захворюваннях. Велика заслуга в розробці та систематизації тогочасних знань у цій галузі належить австрійському лікарю-клініцисту та гігієністу Й.П. Франку, авторові капітальної праці "Система загальної медичної поліції" (9 томів).

Й.П. Франк (1745-1821) вперше обґрунтував та науково розробив ідею державної організації медичної справи. У своїх працях Франк відокремлював питання громадської охорони здоров'я від судової медицини, особливу увагу приділяв раціональному законодавству в справі боротьби з масовими захворюваннями, організації лікувальної і пологової допомоги, пропаганді гігієнічних навичок серед населення. Й.П. Франк зробив великий внесок у розвиток медицини і громадсько-медичної думки в Росії: в 1805-1808 рр. він був ректором Петербурзької Медико-хірургічної академії, де розвивав свої ідеї загальної медичної поліції.

Слід зазначити, що одна з ранніх праць з питань соціальної гігієни належить І.Л. Данилевському, нашому землякові. В 1784 р. він захистив у Геттінгені дисертацію "Про державну владу як найдосвідченішого лікаря". В ній Данилевський широко висвітлює питання про завдання держави в справі охорони здоров'я населення, особливо підкреслює важливість поширення санітарної освіти серед населення з дитинства, необхідність ввести в усіх школах викладання "першооснов збереження здоров'я". Свою дисертацію він закінчує таким висновком: "Вилікування захворювань, викорінення їх причин належить чекати не від лікарів та аптекарів, а тільки від державної влади".

В промислово розвинених країнах Європи, перш за все в Англії, почали особливо різко виявлятися соціальні суперечності, які властиві капіталістичному способу виробництва. Особливі заслуги в боротьбі за впровадження в життя оздоровчих заходів державною і міською адміністрацією належать лікареві С. Сміту (1788-1861) й інспекторові Е. Чедвіку (1800-1890). Під їхнім впливом в Англії було створено Генеральне управління здоров'я (1848), розпочато науковий аналіз статистичних відомостей, уперше запроваджено посади санітарних лікарів.

Однак аж до початку ХХ ст. не існувало спеціальних курсів, кафедр соціальної гігієни, не було й спеціальних періодичних видань. Спочатку наукові та навчальні заклади такого профілю виникли в Німеччині, де уже в 70-х роках минулого століття були запроваджені деякі реформи в галузі охорони здоров'я (введено соціальне страхування за рахунок коштів підприємств, державного бюджету і самих трудящих, організовані амбулаторії, деякі диспансери та інше). З 1903 р. тут почав видаватися журнал із соціальної гігієни. В 1905 р. А. Гротьян (1869-1931) заснував у Берліні Наукове товариство соціальної гігієни та медичної статистики. Це товариство сприяло створенню організацій, які займались питаннями охорони здоров'я дітей, боротьби з туберкульозом і алкоголізмом в соціально-медичному аспекті, однак проіснувало воно лише до початку Першої світової війни. В 1912 р. А. Гротьян домігся доцентури, а в 1920 р. - організації першої в світі кафедри соціальної гігієни в Берлінському університеті. Згодом і в інших університетах Німеччини створювались подібні курси та кафедри, а також дослідницькі установи, в яких працювали відомі соціал-гігієністи Е. Ресле, Ф. Принцінг, А. Фішер та ін. Вони сконцентрували увагу на першочерговій ролі соціальних умов і факторів, які визначають громадське здоров'я, і на ролі державних соціальних заходів у його охороні. На численних прикладах вони показали значення соціальної етіології масових захворювань трудящих, в першу чергу на туберкульоз, на психічні, венеричні та інші захворювання.

Розвиток громадських і державних заходів з охорони здоров'я населення і виникнення уявлень про громадське здоров'я, його рівні, критерії і показники створили необхідність у науковому осмисленні, оцінці, розробці ефективних форм, служб, методів, тобто потребу в науці про здоров'я та його охорону, а також у підготовці власних спеціалістів. Сформувались передумови для розвитку соціальної гігієни і охорони здоров'я як науки та навчальної дисципліни. Історія цієї науки та дисципліни, таким чином, тісно пов'язана і породжена виникненням і розвитком громадської охорони здоров'я.

В Росії ще М.В. Ломоносов у відомому листі до графа І.І. Шувалова "Про збереження і розмноження російського народу", О.М. Радищев в "Подорожі з Петербурга в Москву" (середина ХVIII ст.) не лише показали важкі санітарні умови життя народу і вимагали здійснення заходів з охорони його здоров'я, але й висловлювалися за спеціальне вивчення народонаселення та охорону його здоров'я.

В промовах професорів Московського університету наприкінці XVIII ст. (С. Зибелін, Ф. Керестурі) неодноразово говорилося про користь ґрунтового знання та вивчення здоров'я населення і медичної допомоги.

Отже, формуванню соціальної медицини як науки передував тривалий період накопичення знань про заходи з охорони та зміцнення здоров'я суспільства. Цей період завершився створенням системи медичної поліції, яка стала першим узагальненням уявлень про обов'язки держави з охорони здоров'я населення, головним чином у формі поліцейських актів та заборон. Ідеї медичної поліції розвивались в Росії багатьма вченими, зокрема Є. Мухіним, П. Пелехіним, Ф. Керестурі, який започаткував систематичне викладання медичної поліції в Росії. Останню, доповнену медико-топографічними і статистичними описами, слід розглядати як найближчу попередницю соціальної медицини.

У XVIII-XIX ст. були виконані численні медико-топографічні дослідження санітарного стану окремих міст та губерній, в яких автори звертали увагу на соціальні причини високої захворюваності і смертності населення. Автори цих праць вимагали поряд з організацією медичної допомоги впровадження елементів громадської гігієни.

До ранніх медико-топографічних описів слід віднести працю українського економіста, етнографа, лікаря й історика О. Шафонського, доктора права, філософії і медицини, одного з основоположників вітчизняної епідеміології, який склав у 1786 році "Чернігівського намісництва топографічний опис ..." з коротким описом України. У 1797 р. в усіх губернських містах були створені лікарські управи, однією з функцій яких було складання медико-топографічних описів. Описи містили в собі відомості про місцевість, промисли, клімат, населення, його заняття, методи і результати лікування.

Слід відзначити рукописні альбоми французького лікаря Д.П. Деляфліза "Медико-топографічний опис державних маєтностей київської округи" та "Етнографічний опис селян Київської губернії", капітальну працю відомого діяча, київського губернатора І. Фундукля "Статистичний опис Київської губернії" (1852).

Одним з найвизначніших творів світової статистичної літератури першої половини XIX ст. була праця видатного українського економіста, теоретика соціальної статистики Д. Журавського "Про джерела і використання статистичних відомостей" (1846). Розроблена автором теорія збору, обробки та аналізу статистичних матеріалів ґрунтувалась не лише на кількісних, але й на якісних характеристиках суспільних явищ у їх причинній обумовленості з врахуванням окремих соціальних груп і класів. Д. Журавський - автор "Статистичного опису Київської губернії", високо оціненого М. Чернишевським.

Медико-топографічні описи були складені майже по всіх губерніях тодішньої України. Вони були первісними формами статистичних досліджень. Новим ступенем розвитку описів стали демографічні та санітарно-статистичні роботи за часів земської медицини.

Соціальна медицина як наука, що вивчає закономірності впливу соціальних та економічних факторів на здоров'я різних соціальних груп населення, дає теоретичне обґрунтування системі державних і громадських заходів з охорони та зміцнення здоров'я суспільства. Суспільні заходи соціально-економічного характеру з охорони здоров'я, як видно з вищенаведеного, супроводжували людство протягом всієї історії. Вони видозмінювалися залежно від соціально-економічного устрою, від змін способу виробництва та виробничих відносин, державного ладу, політичного, соціального та економічного становища певних соціальних груп населення тощо.

Однак найбільш чітко органічний зв'язок розвитку соціальної медицини із соціально-економічними зрушеннями видно в період становлення капіталістичного способу виробництва.

У другій половині ХІХ - початку ХХ ст. сформувався соціально-медичний напрямок в громадській медицині. Представниками його в Україні були земські лікарі (М. Уваров, М. Тезяков, П. Кудрявцев, П. Діатропов, С. Ігумнов, А. Смідович та ін.) і вчені-гігієністи (В. Субботін, А. Якобій, І. Скворцов, О. Корчак-Чепурківський, В. Фавр).

Виникненню земської медицини передувало наступне.

Ще в ХІ ст., поряд з народною медициною, виникає так звана церковна або монастирська медицина (пізніше - система медичних закладів духовного відомства). В ту ж епоху, що й монастирська, з'явилась у нас медицина приватної практики. Згодом зароджується державна медицина. В 1737 р. у всіх губернських і найбільших повітових містах вводяться посади міських лікарів. Тоді ж засновуються ці посади і в 13 українських полках, на які тоді поділялася Лівобережна Україна. Ці лікарі склали один з елементів державної охорони здоров'я.

Університети мали свої клініки, які виконували навчальні функції і утримувались державною скарбницею. Це теж установи державної медицини.

Складовою частиною великих реформ Олександра ІІ став закон 1870 р. про реформу міського самоуправління, який сприяв розвитку міської медицини (до цього міські положення були прийняті для Петербурга, Москви, Одеси і Тифліса). Міська медицина (муніципальна охорона здоров'я) на межі ХІХ-ХХ століть добре була представлена, перш за все, у великих містах. В невеликих містах міські самоуправління часто не мали своїх медичних закладів.

Потужною системою в організації охорони здоров'я (або як називали в дорядянський час, в медичній або лікарській справі) була благодійна медицина. Переважна більшість благодійних інституцій брала участь в організації медичної допомоги. В той же час діяли особливі добродійні об'єднання медичного спрямування (Товариство Червоного Хреста, Попечительства сліпих і глухонімих, Попечительство охорони материнства та дитинства, Ліга боротьби з туберкульозом та чимало місцевих спілок). Свої лікувальні заклади мали добродійні громади за національною і віросповідною ознакою. Благодійні медичні заклади утримувались, головним чином, за рахунок пожертвувань.

Особливою системою організації медичної допомоги робітникам була фабрично-заводська медицина. Відповідно до закону від 26 серпня 1866 р. при фабриках і заводах для подання безплатної медичної допомоги повинні були влаштовуватися лікарняні приміщення з розрахунку одне ліжко на сто робітників. Лікарні утримувалися власниками підприємств.

Існували також вузьковідомчі медичні заклади (наприклад, залізничні, тюремні), приватні, при деяких навчальних закладах.

Поява земської медицини пов'язана з виникненням земств. Ця система охорони здоров'я стала новим етапом в організації медичної допомоги сільському населенню, найчисельнішому в ту епоху.

Із заснуванням земської і фабрично-заводської медицини особливо наполегливо лунали заклики до організації спеціальних досліджень громадського здоров'я та його охорони, спеціальних наукових і навчальних установ. Вимоги організації таких установ обговорювались на земських і Пироговських з'їздах лікарів, і самі представники цих форм громадської медицини були зразком глибоких досліджень здоров'я населення і викладання громадського здоров'я в курсах гігієни та інших наук.

В Україні були проведені комплексні соціально-гігієнічні дослідження праці та побуту сільськогосподарських робітників земськими санітарними лікарями Херсонської губернії, фабричних робітників. Велике місце в дослідженнях зайняло вивчення інфекційної захворюваності як актуальної проблеми того часу.

Гігієністи та лікарі розробили важливі положення соціальної медицини: вплив соціальних факторів на здоров'я населення, недостатність одних лише медичних заходів для його покращання і необхідність вжиття широких суспільних заходів, участь громадськості у вирішенні питань охорони здоров'я, реалізації вимог профілактики.

Земські лікарі України зробили суттєвий внесок у розробку нових форм медико-санітарного забезпечення населення. Медична комісія Полтавського губернського земства в 1869 р. сформулювала завдання охорони здоров'я сільського населення, які багато в чому перегукуються з організаційними формами сільської охорони здоров'я в пізніші часи. Херсонські лікарі не обмежували свої завдання тільки рамками вивчення впливу умов праці та побуту на здоров'я, а прагнули в міру сил і можливостей поліпшити ці умови організацією медично-продовольчих пунктів, пунктів реєстрації прийшлих сільськогосподарських робітників. Цей приклад наслідували Катеринославське та інші земства. С. Ігумнову, завідуючому санітарним бюро Харківської губернії, належить ідея створення санітарних станцій - принципово нової організаційної форми санітарно-протиепідемічної роботи. Українські земські лікарі відстоювали необхідність організації сільських лікарських дільниць, стаціонарної системи медичної допомоги сільському населенню, підвищення санітарної культури. Харківське земство організувало пересувні гігієнічні виставки з метою поширення гігієнічних знань серед народу.

Гігієністами та земськими лікарями були розроблені оригінальні методики соціально-медичних досліджень: програми дослідження прийшлих сільськогосподарських **робітників**, метод вивчення епідемії дифтериту та дитячої смертності від нього за метричними записами у зв'язку з відсутністю задовільних за повнотою медичних даних.

У своїх дослідженнях діячі земської медицини і санітарної статистики заклали основи наукового аналізу проблем громадського здоров'я і його охорони.

У 1865 р. вийшов перший номер прогресивного медичного журналу "Архив судебной медицины и общественной гигиены", який відіграв велику роль у розвитку соціальної медицини в Росії (редактор - С. Ловцов).

Питання основ громадської медицини викладались ще в XIX столітті на медичному факультеті Київського університету на кафедрі державного ведення лікарської справи. Викладання соціально-медичних питань і статистики розпочалося із створенням у 1871 р. першої в Україні кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики при Київському університеті. Затверджений її керівником, В. Субботін багато уваги надавав громадській медицині. До створеної у 1903 році при кафедрі гігієни доцентури з епідеміології та санітарної статистики обирається приват-доцентом О. Корчак-Чепурківський (1857-1947 рр.), відомий своїми соціально-медичними та статистичними дослідженнями. Земський лікар в різних губерніях Російської імперії, він відзначився особливо плідною діяльністю в Херсонській губернії під керівництвом М. Уварова. Розпочатий ним курс лекцій на медичному факультеті Київського університету відразу ж набув соціально-медичної спрямованості. Почавши читати (1906 р.) в Києві курс "Основи соціальної гігієни і громадської медицини", він започаткував викладання предмета як в Україні, так і загалом і Російській імперії.

Слід підкреслити, що, як в Києві, так згодом і в Петербурзі (1908) та Москві (1910), викладання таких курсів було розпочате у вищих навчальних закладах немедичного профілю. У Києві, наприклад, його викладали в 1906-1913 рр. в Комерційному інституті, який відзначався певною демократичністю в побудові навчального процесу. Для цього ще в 1905 р. О. Корчак-Чепурківський опублікував програму курсу соціальної гігієни в "Трудах Общества киевских врачей". З 1909 р. він читав громадську гігієну також у Київському політехнічному інституті майбутнім інженерам (зберігся кошторис 1911-1912 рр. та автобіографія лектора).

В Україні кафедри соціальної гігієни з'явилися у другій половині 1923 р. Однак ще в червні 1920 р. на I Всеукраїнському з'їзді бактеріологів і епідеміологів у Харкові була висловлена думка про необхідність розпочати у вищій медичній школі викладання громадської медицини, санітарної статистики і соціальної патології.

Створенню кафедр соціальної гігієни передували пошуки шляхів викладання цього предмета. В 1922 р. було запропоновано значно розширити викладання гігієни, поділивши його на три частини - загальну гігієну, соціальну і

професійну. До змісту предмета соціальної гігієни пропонувалось включити історію її розвитку, демографію з медичною статистикою, вчення про соціальні хвороби, громадську організацію охорони здоров'я в Росії і на Заході. Пропозиція була прийнята, і з 1922-1923 навчального року реалізована.

В 1923 році було визначене одне з актуальних завдань створення самостійних кафедр соціальної гігієни. Першою в Україні стала кафедра соціальної гігієни Харківського медичного інституту. В жовтні 1923 р. першим завідувачем кафедри став М. Гуревич. Тоді ж аналогічна кафедра була організована в Одеському медичному інституті. Її очолив Л. Громашевський, одночасно завідуючи кафедрою епідеміології.

У Київському медичному інституті виконання обов'язків завідувача кафедри соціальної гігієни було доручено С. Кагану 7 грудня 1923 року (протокол засідання бюро інституту); затвердження цього рішення виборчою комісією інституту відбулося 18 січня 1924 р.¹ У звіті про діяльність кафедри за перший рік її роботи С. Каган назвав другу дату датою юридичного заснування кафедри.²

В 1924 р. кафедра соціальної гігієни відкривається в Катеринославському (Дніпропетровському) медичному інституті, в становленні і розвитку її велика роль належить першому керівнику, вченому-гігієністу професору М. Доничу.

Організація кафедр була позитивно оцінена медичною громадськістю. При цьому підкреслювалося, зокрема, що вони є опорою у переведенні медичної освіти на шлях профілактики.

Виникнення в Україні у 1923-1924 рр. кафедр стало важливим кроком у подальшому розвитку предмета. Своєрідність викладання соціальної гігієни в Україні полягала в тому, що соціально-гігієнічні питання, окрім основного курсу, входили в курси соціальної боротьби з туберкульозом, венеричними хворобами, що викладалися при відповідних клініках, у плани викладання на ухилах, в програми літнього практикуму, стажування після закінчення вузу та в тематику дипломних робіт, які захищалися після річного стажування.

Із зменшенням епідемій паразитарних тифів, в Україні з 1923 р. розпочалось проведення масових санітарно-демографічних обстежень населення для одержання наукових даних і розробки на їх основі практичних оздоровчих заходів.

Відповідно до нових завдань охорони здоров'я, з переходом від боротьби з епідеміями до оздоровлення праці та побуту змінювався зміст програм досліджень. Основним завданням обстеження 1923 р. було одержання достовірних даних про розміри епідемій тифів у 1920-1922 рр. Обстеження 1924 і 1925 рр. включали вивчення сільських помешкань, водопостачання, умов праці, харчування, санітарної грамотності та ін.

При проведенні обстеження у 1923 р. був застосований анамнестичний метод, запропонований О. Марзєєвим і С. Томіліним, який згодом був

¹ Центральний державний архів органів вищої влади і управління України. — Фонд 166. — Опис 4. — Справа 535. - Аркуш 26.

² Там само. - Оп. 5. - Спр. 587. - Арк. 6.

розвинений і науково обгрунтований Г. Баткісом стосовно демографічних досліджень.

Обстеження 1923-1925 рр. стали основою для розробки широких оздоровчих заходів і надали матеріал для серйозних наукових узагальнень. З метою наукових досліджень в Україні створюються науково-дослідні інститути, у більшості з них до 1925 р. відкриваються відділи соціальної патології та гігієни. Організуються науково-дослідні кафедри при медичних вузах: профілактичної медицини в Одесі, професійної та соціальної медицини в Харкові, теоретичної медицини в Києві. Це стало своєрідним підсумком соціально-медичної діяльності практичної охорони здоров'я.

Таким чином, на кінець 1925 року була створена широка мережа наукових, навчальних і практичних соціально-медичних установ, що стало передумовою інтенсивного розвитку соціальної медицини в Україні в наступні роки. Особливістю цих років є тенденція до координації зусиль усіх соціально-медичних установ з метою поглиблення досліджень.

В 1920-1930 рр. в Україні склались два центри розвитку соціальної медицини як науки і предмета викладання. З них вийшли вчені, які збагатили соціальну медицину і організацію охорони здоров'я значними дослідженнями. Харківський центр на чолі з С. Томіліним висунув М. Гуревича, З. Гуревича, І. Арнольдї, А. Меркова, П. Петрова, С. Єкеля та ін. Київський центр, що очолювався С. Каганом, виховав Б. Шкляра, І. Овсієнко, К. Дупленка, Є. Белицьку, Л. Лекарева та ін.

Розробкою питань практичної охорони здоров'я займався Український державний інститут охорони здоров'я, створений у Харкові в 1930 р. (з 1933 р. - Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я). Інститут здійснював теоретичне обгрунтування заходів охорони здоров'я, а також став методичним центром соціально-медичних досліджень в Україні.

У 1934 р. в Українському демографічному інституті був створений відділ санітарної статистики, заклад перейменовано в Інститут демографії і санітарної статистики.

В 30-і роки були підготовлені перші українські підручники з соціальної гігієни: "Нариси з теорії соціальної гігієни" С. Кагана (1932), "Соціальна гігієна" С. Томіліна і А. Меркова (1933), "Загальна теорія санітарної статистики" А. Меркова (1935), "Практикум із санітарної статистики" Л. Абрамовича, М. Камінського, П. Петрова (1940).

До початку 30-х років в Україні був накопичений значний досвід розробки питань теорії і практики соціальної гігієни. Але починаючи з середини 30-х років із зміцненням адміністративно-командної системи, соціальна гігієна, як наука, стала предметом жорстокої критики, яка супроводжувалась недооцінкою значення соціально-гігієнічних досліджень для теорії і практики охорони здоров'я, внаслідок чого вони стали поступово відходити на другий план і в подальшому фактично припинились.

Постановою РНК СРСР від 14.10.1934 р. "Про реорганізацію роботи науково-дослідних установ в галузі охорони і гігієни праці" було ліквідовано 38 науково-дослідних інститутів. В 1938 р. були закриті Інститут демографії і санітарної статистики, за ним - Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я, перестав виходити журнал "Профілактична медицина" (видавався з 1922 р.).

В травні 1941 р. кафедри соціальної гігієни були перейменовані в кафедри організації охорони здоров'я, що й визначило відповідне коло їх завдань. На четверть століття було заборонено не тільки проводити соціально-медичні дослідження, а, власне, й викладати такий предмет.

В 1966 р. соціальна гігієна була відновлена як наука і предмет викладання, а кафедри перейменовані в кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я.

У незалежній Україні перед соціальною медициною постали нові завдання. У їх вирішенні важлива роль відводиться кафедрам соціальної медицини та охорони здоров'я.

Розділ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я є одним з підрозділів медичної науки.

Ця наука вивчає *закономірності громадського здоров'я та систему його охорони*.

Зацікавленість в збереженні та зміцненні здоров'я супроводжує всю історію людства, починаючи з стародавніх цивілізацій. Ця потреба була головною рушійною силою появи медицини взагалі і системи організації охорони здоров'я зокрема.

Виділення соціальної медицини та організації охорони здоров'я в самостійну науку відбулося наприкінці XIX і на початку XX століття, коли для цього були створені відповідні історичні умови. Суспільство намагалось перейти від повсякденної реєстрації виникнення хвороб, інвалідизації та смертності населення до цілеспрямованого наукового впливу на ці явища.

Народження соціальної медицини було якісним стрибком людства від емпіричного розуміння формування суспільного здоров'я до наукового узагальнення цих закономірностей, їх прогнозу та утвердження шляхів його надійного захисту і зміцнення.

Головною рушійною силою становлення соціальної медицини та організації охорони здоров'я як самостійної науки був наступальний розвиток цивілізації. Це завдяки ініціативі прогресивно налаштованих громадян різного фаху, віку, місця проживання народжувались та втілювались в життя різні форми соціально-медичної організації допомоги хворим та немічним. Поступово ці процеси впливають на державотворення, політику, створення відповідного законодавства.

Як показує вивчення відповідних історичних етапів розвитку соціальної медицини, її народження ініціювалось в першу чергу могутнім суспільним впливом, проголошенням ідеалом суспільства якості життя людини.

Воно знайшло своє відображення в *Декларації прав людини*. Зокрема в такому проголошеному в Декларації праві, як право на здоров'я: "Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи харчування, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, які необхідні для підтримання здоров'я та благопочуття його самого, його сім'ї, і право на забезпечення у випадку безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, прийдешньої старості чи іншого випадку, втрати джерел існування через незалежні від нього обставини".

"Материнство та дитинство дають право на особливу опіку і допомогу. Всі діти, народжені в шлюбі чи поза шлюбом, повинні користуватися однаковим соціальним захистом."

Конкретним кроком до втілення в життя положень Декларації було створення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Статут цієї організації, її структура і діяльність відповідають основним теоретичним напрацюванням соціальної медицини щодо основ суспільного здоров'я, організації його охорони.

Загально визнаним сучасним суспільством стало запропоноване ВООЗ розуміння здоров'я як стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб або фізичних недоліків.

На цьому положенні про здоров'я базується *мета* соціальної медицини і організації охорони здоров'я як науки: *розробка та наукове обґрунтування соціальних, медичних і економічних заходів щодо забезпечення оптимального рівня здоров'я населення і його активного довголіття.*

Конкретним соціально-медичним кроком щодо втілення в життя мети цієї науки в інтересах всього людства була *Алма-Атинська декларація 1978 року* і перша світова спроба створення загальної програми запланованих дій з охорони і зміцнення здоров'я населення - *Програма здоров'я для всіх до 2000 року*. Положення Алма-Атинської декларації значно зміцнили та поглибили ряд наукових положень соціальної медицини і організації охорони здоров'я, враховуючи сучасний історичний етап. Найбільш важливі серед них такі:

- існуюча величезна нерівність в стані здоров'я людей, особливо між розвиненими країнами і країнами, які розвиваються, а також в самих країнах, є політично, соціально та економічно неприйнятним і тому складає предмет загальної турботи для всіх країн;
- охорона і зміцнення здоров'я народу є суттєвою частиною невідпинного економічного і соціального розвитку, сприяє підвищенню якості життя та служить загальному миру;
- люди мають право і обов'язки брати участь на індивідуальній і колективній основі в плануванні і здійсненні медико-санітарного обслуговування;
- уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, котре може бути забезпечене тільки шляхом втілення відповідних медико-санітарних і соціальних заходів. Одним з основних соціальних завдань урядів, міжнародних організацій та всієї світової громадськості повинно бути досягнення всіма народами світу такого рівня здоров'я, який дозволить їм вести продуктивний в соціальному і економічному плані спосіб життя. Первинна медико-санітарна допомога є основним інструментом у вирішенні цього завдання, складовою частиною розвитку в напрямку соціальної справедливості;
- первинна медико-санітарна допомога включає основні медико-санітарні заходи скрізь доступні окремим особам та сім'ям і втілювання при їх всебічній участі та основі практично можливих, науково обґрунтованих і соціально

прийнятих умов общини і країни в цілому на кожному етапі їх розвитку відповідно до принципу самозабезпечення та самовизначення;

- первинна допомога складає невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, забезпечуючи її головну функцію та складаючи її центральну ланку, так і всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства. Вона є першим рівнем контакту окремих осіб, сімей, общини з національною системою охорони здоров'я, максимально наближена до місця проживання і роботи людей і представляє собою перший етап безперервного процесу охорони здоров'я народу;

- усі уряди повинні розробляти національну політику, стратегію і плани дій для організації і розвитку первинної медико-санітарної допомоги як частини загальної системи охорони здоров'я та її координації з іншими секторами. Для цього необхідно проявляти політичну рішучість, задіювати ресурси країни в інтересах національного розвитку і раціонально використовувати зовнішні ресурси;

- прийнятий рівень здоров'я може бути досягнутий для народів усього світу при більш повному і ефективному використанні світових ресурсів, значна частина яких витрачається на озброєння і військові конфлікти. Справжня політика незалежності, миру, міжнародної розрядки і роззброєння може і повинна сприяти вивільненню додаткових ресурсів для використання в мирних цілях і, зокрема, для прискорення соціально-економічного розвитку, важливий елемент якого складає первинна медико-санітарна допомога.

Положення, викладені в Алма-Атинській декларації, не тільки охопили найважливіші проблеми охорони здоров'я в сучасних умовах, але значно доповнили і теоретично закріпили розуміння поняття якості життя і в першу чергу його провідної складової частини — здоров'я.

Невпинно зростаючий рівень здоров'я суспільства стає домінуючим ідеалом його життєдіяльності, підпорядковує всі інші суспільні інтереси. Відповідно до цих соціальних зрушень зростають вимоги до рівня розвитку соціальної медицини і організації охорони здоров'я як науки. До основних завдань соціальної медицини відносять:

- вивчення стану здоров'я населення та процесів його відтворення;
- забезпечення всебічної характеристики зрушень (динаміки), які відбуваються в показниках здоров'я населення країни в цілому, а також на регіональних рівнях, соціально-економічних, еколого-географічних зонах, населених пунктах, окремих колективах;
- наукове розкриття умов і чинників, які призводять до позитивних і негативних відхилень у стані здоров'я різних соціальних, віково-статевих та інших груп населення;
- розробка напрямків оздоровлення населення та визначення принципів системи охорони здоров'я, його теоретичних та організаційних основ;

- аналіз діяльності органів та закладів охорони здоров'я, створення їх раціональних структур і наукове обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи, проведення реформування та реструктуризації;
- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку системи охорони здоров'я з метою проведення цілеспрямованих заходів щодо підтримання належного рівня здоров'я населення.

Виконання завдань, які охоплюють сферу наукових і практичних інтересів соціальної медицини і організації охорони здоров'я, пов'язані як з відомчими, так і з міжвідомчими співвідношеннями, які потребують постійної наукової розробки та створення найбільш плідних теоретичних положень.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ) у своїй резолюції 23.61 вважає, що оптимальний розвиток охорони здоров'я в будь-якій країні потребує використання узагальненого досвіду розвитку охорони здоров'я в усіх країнах світу. Серед них найбільш ефективними та перевіреними на досвіді ряду держав принципами побудови і розвитку систем національної охорони здоров'я є наступні:

- проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я населення, втілюваної на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів, які прямо чи побічно сприяють досягненню найвищого рівня здоров'я населення шляхом створення загальнонаціональної системи служб охорони здоров'я на основі єдиного національного плану і місцевих планів, а також шляхом цілеспрямованого і ефективного використання для потреб охорони здоров'я усіх сил і ресурсів, які суспільство на кожному етапі свого розвитку може виділити для цього;
- організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я усіх рівнів як основи для успішної роботи будь-якої системи охорони здоров'я і усвідомлення всіма медпрацівниками своєї високої соціальної відповідальності перед суспільством;
- розвиток охорони здоров'я в першу чергу на основі широкого проведення заходів, направлених на розвиток суспільної та індивідуальної профілактики, передбачаючи органічне поєднання лікувальної та профілактичної роботи у всіх медичних і санітарних закладах і службах, першочергову охорону здоров'я жінок та дітей, котрі є майбутнім кожної країни і всього людства, а також встановлення ефективного контролю за санітарним станом зовнішнього середовища як джерела здоров'я і життя сучасного і майбутнього поколінь;
- забезпечення всьому населенню країни найвищого можливого рівня кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної і лікувальної допомоги, яка надається без фінансових чи інших обмежень шляхом створення відповідної мережі лікувальних, профілактичних і реабілітаційних закладів;
- поширене використання в кожній країні досягнень світової медичної науки і практики охорони здоров'я з метою забезпечення умов для отримання максимальної ефективності усіх проведених заходів в галузі охорони здоров'я;

- санітарна освіта громадян і залучення до участі в проведенні усіх програм охорони здоров'я широкого загалу населення є доказом особистої і колективної відповідальності усіх членів суспільства за охорону здоров'я людей.

Перелічені принципи були визнані та використані більшістю країн світу для розгортання досліджень здоров'я населення та діяльності закладів і органів охорони здоров'я. На цій основі створювались національні програми здоров'я. Була приділена значно більша увага розвитку соціальної медицини і організації охорони здоров'я як науки, її подальшому розвитку на регіональних та національних рівнях, переглянуті і доповнені програми її вивчення в вузах.

Значні кроки до всебічного втілення в систему національної охорони здоров'я наукових напрацювань з соціальної медицини зробила за роки самостійності Україна. В Конституції, прийнятій Верховною Радою України в 1996 році, знайшли своє втілення більшість вимог Декларації прав людини щодо забезпечення її здоров'я.

Ст. 46. Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом.

Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних приватних закладів для догляду за непрацездатними.

Пенсії, інші види соціальних виплат і допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму, встановленого законом.

Ст. 48. Кожен має право на достатній життєвий рівень для себе та своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло.

Ст. 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Ст. 50. Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.

Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена.

Ст. 52. Діти рівні в своїх правах незалежно від походження, а також від того, народжені вони в шлюбі чи поза ним.

Будь-яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються за законом.

Утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування покладається на державу. Держава заохочує та підтримує благодійницьку діяльність щодо дітей.

Згідно із світовим досвідом охорони здоров'я ще більш детальне викладення знайшли наукові соціально-медичні підвалини здоров'я в "Основах законодавства України про охорону здоров'я". В його розділах і статтях визнано дію на здоров'я окремих умов та чинників. Вони відповідають положенням, які стверджують міжнародні документи відносно охорони здоров'я.

Таким чином, держава Україна керується сучасними закономірностями формування здоров'я населення і його охорони. Про це свідчить зміст ст. 4.

Ст. 4. Основні принципи охорони здоров'я.

Основними принципами охорони здоров'я є:

- визначення охорони здоров'я (в Україні) пріоритетним напрямком в діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини та громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритетних загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- випереджально-профілактичний характер, комплексний, соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з монополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Таким чином, позиції нашої держави співпадають з прогресивними поглядами світової думки про суспільне здоров'я, його основи, можливості збереження та покращання. Державні документи складені на основі наукових напрацювань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Найбільш уразливим місцем існуючих документів охорони здоров'я є недостатнє виконання прийнятих законів.

Розділ 3. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

3.1. Предмет та зміст медичної статистики

Діяльність лікарів різних спеціальностей незмінно пов'язана з обліком, розробкою та аналізом статистичних матеріалів. Вміння узагальнити, проаналізувати отриману в повсякденній медичній практиці інформацію дозволяє на вищому якісному рівні підходити до вирішення клінічних та організаційних проблем. Крім того, нерідко лікарю доводиться самому проводити наукові статистичні дослідження, тому вивчення статистичного методу при підготовці лікарів має велике значення в системі вищої медичної освіти.

Представлений в даному розділі курс медичної статистики, як частини єдиної статистичної науки, відповідає основним її функціям, які повинна виконувати наука - описова та аналітична. Відповідно, крім розкриття суті статистики як науки, історії її формування, особливостей статистичної методології, в даному розділі можна умовно виділити дві частини, в яких представлено описову статистику - планування дослідження, методи збору інформації, групувань, розрахунків статистичних показників, їх наукова та практична значимість, а також елементи аналітичної статистики - методичні підходи до стандартизації, вивчення зв'язку, взаємозалежності та динаміки досліджуваних явищ. Послідовно розглядаються основні питання, які виникають на всіх етапах статистичного дослідження.

Статистика розвивалась одночасно з розвитком суспільства та є результатом його розвитку. Існує інформація про наявність статистичного обліку населення в Китаї за дві тисячі років до нашої ери, в Древньому Римі. Вперше реєстрація смертних випадків була проведена в Англії у XVI сторіччі. Проте збір числових даних носив недосконалий, а часто і вибіркового характеру. Одним з перших прикладів використання статистичного методу в медицині можна вважати наукову працю Санторіо (1561-1636) "О статистической медицине" (1614), яка мала описовий характер. Він вперше пробує винайти вимірні прилади та встановити норму і патологію розвитку організму.

Формування статистики як науки розпочалось у другій половині XVII сторіччя. Вперше запровадив термін "статистика" німецький вчений Г. Авенхаль (1719-1772 рр.), який з 1746 року вперше почав викладати нову дисципліну, що мала назву "Статистика" в Марбурзькому та Геттінгенському університетах. Термін "статистика" пов'язувався з цифровим матеріалом про стан держави, її територію, населення, господарську діяльність, культуру та інше. Об'єм та наукова цінність статистики, як і інших галузей знань, змінювались у різні соціально-економічні епохи, відображаючи їх особливості.

Найближче до сучасного розуміння статистики стояла "школа політичних арифметиків", засновниками якої були Джон Граунт (1620-1674 рр.) та Вільям Петті (1711-1785 рр.). В їх працях розкрито два основних напрямки: демографічні з перевагою питань страхування життя у Д. Граунта (вперше зробив спробу побудувати таблиці смертності стаціонарного населення) та соціально-економічні у В. Петті. Розвитку теорії статистики сприяли відкриття Я. Бернуллі (1654-1705 рр.), А. Кетле, Ф. Гальтона (1822-1911 рр.), К. Пірсона (1857-1936 рр.). Ф. Гальтон, родич Ч. Дарвіна, серйозно цікавився проблемами спадковості, для аналізу якої використовував статистичні методи. Ним вперше для позначення кількісних методів, що використовуються в біології, було введено поняття "біометрія" (1889). Ф. Гальтон та К. Пірсон внесли значний вклад в розвиток теорії кореляції.

Г. Дункер (1899 рік) запропонував термін "варіаційна статистика", який відображав сукупність математико-статистичних методів у біологічних дослідженнях.

В подальшому дослідники пробували ввести в практику інші назви предмета, які б відображали його суть: "статистичні методи в біології" (Бейлі, 1959), "біологічна статистика" (Рокицький, 1964), "біометричні методи" (Урбах, 1964) та інші. Всі статистичні методи біологічних досліджень знайшли своє використання і в медицині.

Видатним вченим ХХ століття в галузі статистики був Р. Фішер (1890-1962 рр.).

Біля витоків вітчизняної статистики стояли В.Н. Татищев, І. Кириллов, які були представниками російської описової школи та багато працювали в цій галузі. Одним із засновників наукової статистики в Росії можна вважати М.В. Ломоносова (1711-1765 рр.). В його трактаті "О размножении и сохранении российского народа" зроблено глибокий аналіз обставин, від яких залежить приріст народжуваності та зменшення смертності населення.

Перетворенню статистики із науки описової в науку теоретичну сприяли роботи В.Л. Крафта (1743-1814 рр.), Д. Бернуллі (1700-1782 рр.), І.Ф. Германа (1755-1815). В цей період виходить багато наукових праць з загальної теорії статистики. Найбільш прогресивні для даного періоду теоретичні основи статистики, як самостійної науки, були створені Д.П. Журавським (1810-1856 рр.). Він дав самостійне викладення її основ, приділив багато уваги питанням вірогідності даних, методу групувань, розкрив принцип єдності якісного та кількісного аналізу.

Велике значення для розвитку статистики мали роботи С. Зибеліна, П.Л. Чебишева, А.М. Ляпунова. Започаткували земську статистику Є.А. Осипов та Ф.Ф. Єрісман.

У формуванні та становленні статистичної науки помітний слід залишили М.І. Пирогов, О.П. Доброславін, В.А. Манасєїн, С.П. Боткін та інші.

Історичний досвід статистики, як науки, узагальнений у працях В.І. Хотимського (1892-1937 рр.), В.С. Немчинова (1894-1964 рр.), В.Н. Старовського

(1905-1975 рр.), А.Я. Боярського (1901-1985 рр.), Б.С. Ястремського (1877-1962 рр.), Л.В. Некраша (1886-1949 рр.) та інших.

Значний вклад у теорію статистики зробили вчені: С.М. Югенберг, Г.І. Бакланов, Л.С. Казунець, В.Є. Адамов та інші. Надалі теорію статистики розвивали російські та українські дослідники - видатні діячі С.М. Ігумнов, С.А. Томілін, А.В. Корчак-Чепурковський, А.М. Мерков, Г.А. Баткіс.

Починаючи розгляд курсу медичної статистики, потрібно, по-перше, визначити, що ми розуміємо під терміном "*статистика*".

Щодо предмета статистики попередньо існували три різні точки зору. Перша з них визначала її, як універсальну науку, що вивчає кількісні явища природи та суспільства. Але такий підхід не правомірний, тому що вивченням кількісних закономірностей, не залежних від якісного складу, займається математика. Статистика, на відміну від неї, вивчає кількісні матеріальні явища, які мають конкретні якісні характеристики.

Згідно з другою точкою зору статистика — наука, яка не має матеріального змісту, а вивчає тільки закономірності масових явищ. Але це перетворює статистику в науку про всебічний метод кількісного вивчення, що також не вірно.

Деякі теоретики розглядають статистику, як галузь математики. Адже її теоретичною основою є математична теорія імовірності, а не наук, які вивчають закони розвитку суспільства. Математична статистика є галуззю математики, її положення плідно використовуються в дослідженнях суспільних явищ з обліком та аналізом їх якісного змісту та специфіки.

Сучасне становище загальної теорії статистики опирається на математичну теорію імовірності. Вона не може не використовувати математичні методи, але на відміну від математики її завдання - вивчення матеріальних явищ у всьому їх якісному розмаїтті.

Кількісні одиниці для математики абстраговані від реального життя, тоді як у статистиці за кожним числом стоїть діяльність чи стан людей у конкретних умовах місця та часу.

Третя точка зору на предмет та зміст статистики схвалена спеціальним науковим засіданням Академії наук СРСР в 1954 році. Таке визначення використовується і тепер: "*Статистика — це самостійна наука, яка вивчає кількісну сторону суспільних масових явищ у неперервному зв'язку з їх якісним станом у конкретних історичних умовах місця та часу*". Слід підкреслити, що статистика вивчає також взаємозв'язки та вплив природних, техногенних чинників на зміни суспільного життя, що дуже важливо для лікаря, який аналізує здоров'я населення та закономірності розвитку хвороб.

Статистичні дані завжди дають узагальнюючу характеристику певним сукупностям фактів, які визначають їх за кількістю, об'ємом, співвідношенням частин чи середнього рівня ознак, які їм притаманні.

Кількісні характеристики суспільних явищ та закономірності, які в них проявляються, залежать від якісного їх змісту, тому, вивчаючи кількісні аспекти

суспільних явищ не можна не розкрити якісний їх зміст. У той же час наявні статистичні дані мають значимість в тому, що вони визначають якісний зміст явища. Таким чином, за допомогою статистики пізнається міра якісної та кількісної визначеності.

Галузь статистики, яка вивчає питання, пов'язані з медициною, гігієною та громадською охороною здоров'я, називається *медичною статистикою*.

Медична статистика є розділом суспільної практики, галуззю статистики. Тому все, що вивчає предмет та методи статистики як науки, має відношення і до медичної статистики. Остання вивчає людину як суспільну істоту, а всі явища людського життя - як суспільно обумовлені.

Людина є соціальною істотою, а здоров'я населення соціально обумовленим, суспільною категорією. Тому можна сказати, що змістом *медичної статистики* є кількісне вивчення процесів здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я. Вона часто ґрунтується на даних про взаємозв'язок явищ та процесів, які відносяться до біологічних особливостей нашого організму. Це розглядається у безпосередньому зв'язку з чинниками навколишнього середовища при провідному значенні соціальних факторів.

Медична статистика вивчає:

- здоров'я всього населення та окремих його груп шляхом дослідження даних про його чисельність та склад, природний рух, фізичний розвиток, захворюваність та інше;
- виявляє взаємозв'язки показників здоров'я з різними чинниками середовища;
- вивчає дані про структуру, діяльність та кадри лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних закладів;
- організацію та проведення лабораторно-клінічних досліджень з оцінкою вірогідності результатів спостережень.

Таким чином, медична статистика має своїм завданням обґрунтування нормативно-організаційних потреб у наданні окремих видів допомоги, визначенні закономірностей рівня здоров'я населення та якості медичної допомоги, узагальнення результатів діяльності установ, лікарів, наукових досліджень.

Різноманітні процеси у стані здоров'я населення є її основним об'єктом. Для характеристики здоров'я дуже важливими є дані про захворюваність населення в цілому та окремих його груп, про інвалідність та інвалідизацію. Вони складають основу для обґрунтування заходів, спрямованих на попередження та зниження захворюваності.

Санітарна характеристика населення складається також з важливих для оцінки здоров'я демографічних показників відтворення - смертності, народжуваності, природного руху, середньої очікуваної тривалості належного життя. Так, демографічні матеріали про народжуваність та чисельність дітей дошкільного та шкільного віку потрібні для проведення активного патронажу, профілактичних щеплень, оздоровчих заходів тощо. Необхідними також є матеріали

фізичного розвитку дітей та підлітків, робітників, студентів та інших груп населення.

Організація охорони здоров'я потребує також інформації про кількість, статево-віковий, фаховий склад населення, розміщення його по містах, сільській місцевості, про міграційні процеси. Немає жодного питання в організації охорони здоров'я, при вирішенні якого можливо було б обійтись без знань медичної статистики. Статистичні дані є важливими в практиці діяльності органів охорони здоров'я, вони є основою управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів та планування профілактичних оздоровчих заходів.

Таким чином, медико-статистичні матеріали необхідні для обґрунтування лікувально-профілактичної, санітарно-гігієнічної та протиепідемічної діяльності, для проведення оздоровчих заходів. При цьому такі поняття, як захворюваність, смертність, забезпеченість населення лікувально-профілактичною допомогою, ефективність медичних заходів та інше, в яких вивчення явищ проводиться в кількісному вираженні, вимагають спеціальних прийомів, вивчення яких також входить у предмет медичної статистики.

Методи медичної статистики можуть бути використані також у наукових дослідженнях. Статистичні прийоми і методи широко використовуються при проведенні лабораторно-експериментальних, клінічних, гігієнічних, епідеміологічних та інших дослідженнях медичних проблем.

В медичній статистиці можна виділити наступні розділи:

- статистика здоров'я населення, яка вивчає дані про його чисельність та склад, природний рух, фізичний розвиток, поширеність захворювань та інше, зв'язок цих явищ з різними чинниками середовища та організацію медичної допомоги;
- статистика системи охорони здоров'я - дані про мережу та діяльність медичних закладів;
- статистика організації та проведення клінічних та експериментальних досліджень, оцінка медико-біологічних даних.

Метою будь-якого наукового дослідження є розкриття суті масових явищ, процесів, закономірностей. Визначені закономірності хоч і базуються на індивідуальних характеристиках кожної одиниці спостереження, проте дають характеристику не кожній одиниці, а стосуються всієї їх сукупності. Отже, в основі визначення статистичних закономірностей лежить так званий "закон великих чисел".

У найбільш загальному вигляді закон великих чисел може бути сформульований так: "*Закон великих чисел* - це загальний принцип, в силу якого сукупна дія великого числа випадкових чинників призводить, при деяких загальних умовах, до результату, який не залежить від випадку".

Звісно, якщо взяти велике число спостережень щодо народжуваності, можна виявити досить стійке співвідношення для конкретних історичних умов між числом народжених хлопчиків та дівчат (на 100 дівчаток народжується 104-106 хлопчиків). Воно проявляє себе тільки на великому числі досліджень.

Таким чином, щоб дати вірну характеристику явища в цілому, слід вивчати не окремі, одиничні спостереження, а використати та узагальнити всю сукупність фактів або досить велике їх число. За допомогою цього закону вдається отримати статистичні показники, які відтворюють об'єктивні закономірності.

Характерною особливістю закономірностей суспільного життя є те, що вони проявляють себе в результаті дії комплексу причин, які змінюються з розвитком суспільства та виявляються тільки в масі, в сукупностях. Це закономірності масових явищ, основу яких складають деякі загальні умови. Вони виявляються як провідна тенденція на основі масового узагальнення фактів. Наприклад, зміни у смертності чи захворюваності населення пов'язані з комплексом причин, головними з яких є соціально-економічні умови. В окремі періоди можуть виявлятися зміни у загальній тенденції рівня смертності (збільшення чи зменшення), пов'язані з дією конкретних причин. Наприклад, епідемії порушують загальну закономірність захворюваності чи смертності, але якщо взяти більш тривалий період, основна закономірність зберігається.

Медична статистика базується на економічній теорії. Економічна наука вивчає та формулює закони суспільного розвитку, які визначають суттєвість явищ та процесів як в галузі економічних відносин, так і в галузі культури, політики, охорони здоров'я. Опираючись на принципи та закони цих наук, статистика визначає кількісні зміни конкретних масових суспільних явищ та виявляє властиві їм закономірності. Економічна наука визначає ті критерії групування та класифікації, за допомогою яких статистика буде давати конкретну кількісну характеристику суспільних явищ.

При виконанні медико-соціальних досліджень необхідним є поєднання знань медичної статистики та соціально-економічних дисциплін. Наприклад, при проведенні медико-соціальних досліджень, вивченні смертності, народжуваності, захворюваності обов'язковим є групування статистичних матеріалів за основними соціально-економічними групами.

Оцінка економічної ефективності лікувально-профілактичних заходів базується на методах економічної науки.

Статистична методологія використовує діалектичний метод пізнання, одна з потреб якого полягає у розгляді всіх явищ не ізольовано, а у взаємозв'язку. Кількісна характеристика фактів повинна проводитися на основі всієї їх сукупності, взятої у взаємозв'язку.

Інша риса діалектичного методу пізнання - вивчення всіх явищ у безперервному розвитку, необхідність розгляду їх не тільки у взаємозв'язку, а й з точки зору динаміки, змін, розвитку. Статистика прагне виявити у масі не тільки загальні, типові для даного періоду факти, але й поодинокі, які в подальшому можуть стати типовими. Це визначається в законі переходу кількості у нову якість, що має велике значення для статистики, яка вивчає кількісну сторону масових явищ життя суспільства у нерозривному зв'язку з їх якісною стороною.

Таким чином, *теоретичними основами медичної статистики є:*

- загальна діалектика;
- економічна наука;
- медична наука;
- загальна теорія статистики.

Ряд прийомів, які використовують при проведенні статистичних досліджень, формують статистичну методологію. Необхідно зазначити, що саме лікарі повинні вивчати залежність показників стану здоров'я населення від чинників навколишнього середовища. Це обумовлено тим, що при об'єктивному аналізі кількісних сторін діяльності людей, які вивчає медична статистика, при використанні кожного із статистичних прийомів необхідно враховувати якісні особливості явищ, що вивчаються. Не пропустити суттєвих розбіжностей у якісних особливостях об'єкта - головне при проведенні медико-статистичних досліджень. Тому дуже важливою умовою роботи лікаря з кількісними характеристиками є розуміння специфічності ознак, що вивчаються.

Медична статистика вимагає наявності відповідних знань при проведенні групувань. Це дає змогу для їх кваліфікованого проведення та зіставлення якісно однорідних груп, що в значній мірі підвищує об'єктивність отримуваних результатів. Якісна однорідність кожної з порівнюваних груп потребує групування за найбільш суттєвими ознаками. Необхідно уникати узагальнень при невірних групуваннях, обережно відноситись до порівнянь власних досліджень та досліджень інших осіб, якщо недостатньо відомі властивості даної групи.

В медико-статистичних дослідженнях не повинно бути суттєвих розбіжностей у якісних особливостях об'єкта, а також суб'єктивних прикрас в аналізі зібраних матеріалів. Не можна також виключати поодинокі чи додавати нові спостереження, які більше підходять для дослідження. Не слід вилучати окремі факти для обов'язкового доведення якоїсь суб'єктивної думки. При вивченні дії окремих чинників на організм людини у певній групі осіб необхідно для порівняння використовувати іншу групу, контрольну, по можливості однорідну з першою, за виключенням тих ознак, дія яких вивчається. Такий підхід є найважливішим елементом достовірності подальших висновків.

Різноманітність висновків багатьох робіт, які стосуються статистичної характеристики одного і того ж явища, пов'язані, по-перше, з неретельно складеним планом проведення дослідження, його розробки, аналізу кількісних даних чи впливу чинників соціального та навколишнього середовища. *Ніякий статистичний метод не зможе компенсувати погано сплановане статистичне дослідження.*

Адекватний аналіз результатів дослідження залежить від об'єму спостережень, тому вірогідність висновків при даному їх числі повинна визначатись обґрунтованими методами прикладної статистики. Якщо використані статистичні методи, на відміну від якісного логічного аналізу, не доводять суттєвості результатів, їх вірогідність, то необхідно провести дослідження на більшому числі спостережень і перевірити результати.

Організація медичної статистики в Україні, її правове забезпечення.

Організація інформаційного та статистичного забезпечення системи охорони здоров'я, як і статистичного забезпечення інших галузей народного господарства, базується на наступних основних принципах:

- централізоване керівництво;
- єдина організаційна побудова та методологія;
- зв'язок органів статистики з органами державного управління.

В "Концепції побудови національної статистики України" (постанова Кабінету Міністрів № 326 від 4.05.1993 року) представлені першочергові завдання розвитку соціальної і, зокрема, медичної статистики:

- розробка інформаційної бази впровадження нових методів медичного обслуговування населення;
- удосконалення методики обчислення рівня травматизму на виробництві та його матеріальних наслідків;
- отримання (збір) достовірної статистичної інформації про стан навколишнього природного середовища, зокрема у зв'язку з аварією на ЧАЕС;
- широке використання в демографічній статистиці міжнародних порівнянь при проведенні аналітичної роботи;
- удосконалення методики обліку та розробки даних про природний та міграційний рух населення;
- перехід в поточній статистиці на міжнародну методологію при визначенні живонароджених та мертвнонароджених, стандартизованих коефіцієнтів природного руху населення, розробки причин смерті за розширеним класифікатором ВООЗ, видання демографічного щорічника.

У зв'язку з завершенням реалізації переважної частини завдань "Концепції", як першого етапу реформування державної статистики, постановою Кабінету Міністрів № 971 від 27.06.1998 року була затверджена "Програма реформування державної статистики на період до 2002 року". Вона передбачає перехід України на міжнародну систему обліку та статистики, ширше використання вибіркового обстежень, комбінованих методів спостереження та аналізу (державна та відомча звітність), запровадження моніторингу за рядом актуальних проблем.

Паралельно з реформуванням державної статистики продовжує розвиватись система інформаційного забезпечення, правовою основою якої є Закон України "Про Концепцію Національної програми інформатизації" (4.02.1998 року). Він передбачає "створення єдиної структурованої інформаційної системи обліку стану здоров'я громадян України на основі автоматизованої реєстрації пацієнтів у лікувальних установах, збору даних профілактичних обстежень з метою подальшого використання в статистичних, аналітичних та експертних системах; створення системи дистанційного консультування та діагностики на основі комп'ютерних мереж, що об'єднують великі лікувальні та наукові заклади".

Галузевою реалізацією вказаного Закону є наказ Міністерства охорони здоров'я № 127 від 21.05.1998 року "Концептуальні основи створення Єдиного інформаційного поля охорони здоров'я України". В процесі реформування служби медичної статистики згідно з даним наказом передбачено:

- завершити створення моделі медичної статистики, яка відповідала б умовам сучасного реформування галузі, створення єдиного інформаційного простору, впровадження сучасних інформаційних технологій;
- удосконалити систему статистичних показників та створити на цій основі медико-статистичну інформаційну базу всіх ієрархічних рівнів;
- налагодити міжнародне співробітництво в галузі методології та практики медичної статистики;
- удосконалити систему підготовки кадрів служби медичної статистики;
- реалізувати перехід до загальноприйнятих у міжнародній практиці методів збирання, опрацювання, аналізу медико-статистичної інформації;
- з метою раціонального використання коштів та отримання достовірної інформації впровадити в практику діяльності служби медичної статистики вибіркові дослідження;
- створити інфраструктуру медико-статистичної служби в державі; обласні центри медичної статистики, провести реорганізацію оргметодвідділів обласних

МОЗ України
Центр медичної
статистики

Державний комітет
статистики України
НДІ статистики
Держкомстат

Обласні центри
медичної статистики
(інформаційно-
аналітичні центри)

Обласні (міські)
управління
статистики

Міські інформаційно-
аналітичні відділи

Інформаційно-
аналітичні відділи
лікувально-профі-
лактичних закладів

Міські (районні)
відділи статистики

Схема 1. Загальна організація медичної та державної статистики в Україні.

лікарень, організувати інформаційно-аналітичні відділення лікувально-профілактичних закладів замість їх оргметодкабінетів і кабінетів обліку та медичної статистики.

Відповідно до діючих положень структуру служби медичної статистики та її взаємодію з органами державної статистики можна представити таким чином (схема 1).

Державний комітет статистики України є центральним органом виконавчої влади, що забезпечує функціонування загальнодержавної системи статистичної інформації. Держкомстат в установленому порядку забезпечує МОЗ України статистичною, економічною та аналітичною інформацією. Разом з тим, він узгоджує обсяги відомчої статистичної звітності.

В межах системи охорони здоров'я статистична та аналітична інформація формується від районного, міського до обласного та загальнодержавного рівнів відповідними закладами медичної статистики - районними, міськими та обласними інформаційно-аналітичними відділами та центрами медичної статистики.

Контрольні питання

1. Що таке "статистика" в сучасному розумінні, основні її риси?
2. **Яке** основне визначення предмета статистики?
3. **Яке** основне завдання статистики?
4. **Які** основні закономірності суспільних явищ?
5. Що вивчає медична статистика, її значення для медицини, охорони здоров'я?
6. Які теоретичні передумови статистики?
7. Які першочергові завдання стоять перед медичною статистикою на сучасному етапі?
8. **Які** заклади медичної статистики є основою інформаційного забезпечення МОЗ України.

3.2. Організація та проведення статистичного дослідження

Статистичне дослідження вимагає спеціальної підготовки для проведення його на високому науковому рівні.

Статистичне дослідження - це науково-організаційний процес, в якому за єдиною програмою проводиться спостереження за певними явищами і процесами, збір, реєстрація первинних даних, їх обробка та аналіз.

Будь-яке дослідження починається з обліку фактів та збирання первинного матеріалу, який залежно від мети та завдання роботи може бути різнобічним за своїм змістом та способами отримання. Наприклад, для вивчення чисельності та складу населення потрібні переписи населення. Для вивчення поширеності захворювань потрібен облік та реєстрація окремих захворювань в лікувально-профілактичних закладах. Отримати систематичну інформацію про діяльність лікувально-профілактичних закладів можливо лише при організації в них належного обліку відповідних даних. Отже, завданням статистичного дослідження є збирання об'єктивної, вірогідної та повної за об'ємом базисної інформації.

Процес статистичного дослідження можна розділити на етапи:

- складання плану статистичного дослідження, розробка його програми;
- реєстрація та збирання статистичного матеріалу;
- розробка та зведення даних;
- статистичний аналіз;
- впровадження результатів дослідження в практику.

План та програма статистичного дослідження

Статистичне дослідження завжди проводиться за певним планом, який включає як програмні, так і організаційні питання і визначається завданням статистичного спостереження, яке повинно забезпечити повну і різнобічну характеристику досліджуваного явища. Таким чином, складання плану дослідження передбачає вирішення ряду організаційних питань, які полягають у формулюванні мети, завдань дослідження, виборі об'єкта та одиниці спостереження, місця і терміну проведення дослідження, джерел отримання інформації, форми практичної реалізації, а також методів статистичного дослідження.

Мета статистичного дослідження відповідає на питання "для чого вивчати?" Вона передбачає визначення притаманних явищу закономірностей та зв'язків цього явища з іншими, розробку заходів щодо зниження впливу несприятливих чинників на здоров'я, впровадження результатів роботи в практику охорони здоров'я та заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги.

Завдання відповідає на питання "що робити?" Так, наприклад, завданням статистичного дослідження може бути вивчення рівня та структури явища (захворюваності, смертності) в певних групах населення, частоти явища в групах, на які впливають різні чинники (довкілля, біологічні, соціальні), обсяг та якість медичної допомоги окремим групам населення.

При підготовці спостереження, крім мети, необхідно визначити, що саме підлягає обстеженню - встановити його *об'єкт*, тобто статистичну сукупність осіб чи явищ, що складається з одиниць, фактів, які підлягають вивченню. Так, наприклад, це може бути сукупність фізичних осіб (хворі, померлі), функціональних одиниць (ліжка в лікарні, стаціонари), контингентів, яким притаманні певні явища (непрацездатні робітники) та ін.

Об'єкт статистичного спостереження повинен мати межі визначеної для вивчення сукупності. Так, наприклад, до проведення статистичного дослідження діяльності лікувально-профілактичних закладів потрібно визначити, діяльність яких закладів буде вивчатися. Вони регламентуються завданнями дослідження.

При вивченні поширеності захворювань та смертності населення також необхідно окреслити межі даної сукупності - серед яких груп населення це явище повинно вивчатися. Якщо не визначити точно об'єкт та межі дослідження, то отримані дані не дадуть повного уявлення про рівень та склад явища.

При проведенні перепису населення об'єктом дослідження буде сукупність осіб, які мешкають постійно на певній території. При цьому важливо знати, кого переписувати: населення, що фактично мешкає на момент перепису, чи

яке мешкає постійно. Так, дані про чисельність фактичного населення важливо знати для організації різних видів обслуговування, в тому числі медичного, а чисельність населення, яке мешкає постійно - для визначення складу різних контингентів (наприклад, дітей дошкільного чи шкільного віку для визначення забезпеченості їх школами та дитячими закладами). Таким чином, вибір та визначення об'єкта залежить від мети та завдань статистичного спостереження.

Разом з визначенням об'єкта потрібно визначити одиницю спостереження. *Одиниця спостереження* (одиниця обліку) - це складова частина статистичної сукупності (окрема особа, окреме явище), складовий елемент об'єкта, якому притаманні ознаки, що підлягають реєстрації та вивченню (стать, вік, маса тіла при народженні, стаж, результат лікування, термін перебування у стаціонарі та інше). Вона повинна бути чітко визначена: так, при вивченні захворюваності одиницею спостереження може бути як хвора людина, так і окреме захворювання залежно від визначених завдання та мети дослідження.

При вивченні захворюваності за даними звертань до амбулаторно-поліклінічних закладів за одиницю спостереження беруть тільки первинне відвідування. При визначенні числа новонароджених враховують тільки народжених живими.

Проте іноді бувають спеціальні вказівки щодо вибору одиниць дослідження. Так, наприклад, поняття про мертвнонароджуваність визначається особливими правилами, які визначають терміни "народжений живим та померлим", чи "народжений мертвим". Від вірного вибору одиниці дослідження залежить якість отриманих матеріалів та можливість їх використання для аналізу.

При складанні плану статистичного дослідження відпрацьовуються не тільки форми облікових документів та правила їх заповнення, але й вирішуються питання про те, хто буде їх заповнювати, контролювати правильність та повноту зібраних даних, а також інші організаційно-методичні питання, які відносяться до збирання статистичних матеріалів. Таким чином, на першому етапі призначаються виконавці та складається кошторис.

Методи (види) дослідження

Залежно від характеру проведення спостереження за часом розрізняють спостереження поточні, періодичні та одночасні. Якщо збір матеріалу проводиться систематично, з постійною реєстрацією фактів при їх виникненні, то це буде *поточне* спостереження. Якщо воно проводиться регулярно, але не постійно, тоді це буде *періодичне* спостереження.

Поточне статистичне дослідження — це виявлення явищ, які швидко змінюються впродовж часу і є безперервним процесом, що потребує поточної реєстрації. Таким методом визначається захворюваність окремих груп, народжуваність, смертність населення та інше.

Одночасні спостереження відображають стан явища на певний момент часу, який називається критичним моментом спостереження. Прикладом може бути перепис населення чи перепис осіб, які звернулись до поліклініки на певний момент часу, перепис ліжок, закладів охорони здоров'я, хронометраж роботи лікарів чи середніх медичних працівників та інше. Такі спостереження

показують статистику явищ, зміна яких впродовж часу йде відносно повільно. При необхідності використовуються поєднання обох форм статистичного дослідження. Так, дані про кількість та структуру закладів охорони здоров'я збираються одночасним методом, а про їх діяльність - шляхом поточного обліку.

З точки зору повноти обліку фактів спостереження статистичні дослідження поділяються на *суцільні та несущільні* (часткові).

Суцільне дослідження охоплює всі одиниці спостереження, які входять до складу сукупності, що вивчається (генеральна сукупність). Це потрібно в разі необхідності встановлення абсолютних розмірів явищ (чисельність населення, кількість ліжок, хворих на СНІД та ін.). Проведення такого дослідження - це дуже громіздкий, економічно не вигідний метод, який потребує значних витрат. Розробка матеріалу звичайно вимагає багато часу, хоч, на перший погляд, метод найбільш вірогідний.

Якщо суцільне спостереження неможливе, чи недоцільне, потрібно проводити *несущільне*. Воно не вимагає повного обліку всіх одиниць сукупності, а задовольняється певною частиною. При вивченні цієї частини матеріалу є змога одержати узагальнюючі висновки, які з достатньою вірогідністю можуть бути поширені на всю сукупність.

Несущільне дослідження може бути *монографічним, основного масиву, вибіркоvim*.

Монографічний опис використовується для детальної, поглибленої характеристики типових одиниць сукупності, для вивчення розвитку того чи іншого закладу, причин, які сприяють його успіхам чи зумовлюють недоліки. Детальний опис роботи окремих типових чи передових лікувально-профілактичних закладів має значення для узагальнення та формування елементів передового досвіду та його поширення.

Використання методу *основного масиву* дозволяє вивчати об'єкти, що зосереджують більшість одиниць спостереження. Наприклад, якщо відомо, що основна частина хворих на туберкульоз (80-90 %) лікується у двох спеціалізованих клініках міста, то дослідження організації медичної допомоги даним контингентам проводиться у вказаних лікарнях. Недолік методу полягає у тому, що залишається невивченою деяка частка хворих і результати можуть відрізнятись від тих, що одержані для основного масиву.

Вибірковим називається дослідження, при якому характеристика всієї сукупності фактів дається за деякою її частиною, яка відібрана випадковим шляхом, чи за певними критеріями.

Вибірковий метод, як один з видів несущільного дослідження, можливий при умові, якщо вибіркова сукупність буде репрезентативна відносно генеральної в кількісному та якісному плані, тобто, якщо визначена достатність числа випадків, що підлягають обліку, та відтворено у вибірковій сукупності всю різноманітність явища, що вивчається. У такому разі результати можуть бути поширені на генеральну сукупність.

Репрезентативність вибіркової групи досягається правильним відбором одиниць спостереження. Важливо, щоб кожна одиниця всієї сукупності мала однакову можливість попасти у вибірку сукупності. Крім того, важливою є її якісна характеристика, що може бути забезпечено методом **типологічного відбору**. Його суть полягає в тому, що вся сукупність ділиться на кілька однотипних груп, з яких відбираються одиниці спостереження. Так, наприклад, при вивченні захворюваності міського населення необхідно виділити територіальні одиниці (райони). В типологічно відображених групах можливо проводити відбір одиниць спостереження пропорційно чи непропорційно згідно з розміром кожної групи.

Вибір одиниць спостереження може бути проведений методами:

- **випадкового відбору** - жеребкування, лотерея, механічний відбір у випадковому порядку та інше;
- **механічного відбору** - згідно з визначеною чисельністю сукупності за певним принципом (кожний п'ятий, десятий чи ін.);
- **гніздовим** - з усіх сукупностей формують гнізда (групи), найбільш типові об'єкти, які потім вивчають суцільним чи вибіркоким методом;
- **направленого відбору**, який полягає в тому, що відбираються особи з однаковим стажем, віком чи статтю та інше.

Найчастіше у вибіркових статистичних дослідженнях використовуються комплексно різні способи відбору, які забезпечують високу вірогідність результатів.

Вибіркове дослідження вимагає менше часу, кадрів, коштів, може бути глибшим за програмою, що є перевагою перед суцільним дослідженням. Вибіркова сукупність завжди буде відрізнятися від генеральної (загальної, вичерпної), але є методи, які дозволяють встановити ступінь розбіжностей їх кількісних характеристик та межі можливих коливань показників при даному числі спостережень.

Об'єм вибірки, тобто вірогідна чисельність одиниць спостереження при різних методах відбору, розраховується по-різному. Основні формули наведено в табл. 1.

Таблиця I

Необхідний об'єм вибірки для деяких методів формування масиву

<u>Повторний відбір</u> $t^2 \cdot \delta^2$	Безповторний відбір	Критерії формування груп
$n =$	$n =$	При визначенні середнього розміру ознаки
$- W)$	$n = -$	При визначенні питомої ваги ознаки

Умовні позначення:

- п - необхідна чисельність вибірки;
- 5 - середнє квадратичне відхилення (варіабельність ознаки);
- N - чисельність генеральної сукупності;
- t - критерій достовірності;
- W - оцінка частки;
- A — гранична похибка.

Число спостережень при цьому відіграє важливу роль. Чим більше число спостережень, тим точніше відображається генеральна сукупність і менші розміри вірогідної похибки. Наведені методи дозволяють з достатнім ступенем вірогідності відібрати для вивчення необхідний об'єм спостережень.

Повторний чи безповторний відбір визначається можливістю багатократної чи однократної участі у формуванні вибірових груп кожної з одиниць спостереження.

Таким чином, вибіровий метод при вірній його організації та проведенні - це найбільш досконалий вид несущільного спостереження.

Методи обліку та збору медико-статистичної інформації

В статистичному дослідженні можуть бути використані різні методи:

- безпосередня реєстрація;
- документальний облік;
- вкопювання;
- опитування;
- анкетування.

При *безпосередньому обліку* фактів необхідні статистичні дані отримують шляхом особливого обліку одиниць сукупності - огляду, виміру, зважування та записуються на індивідуальні карти спостереження.

Документальний облік, як первинний, ґрунтується на систематичній реєстрації фактів, наприклад, у лікувально-профілактичних закладах. Такі дані з різних офіційних документів вкопювують в карту для вивчення.

Вкопювання даних в розроблений статистичний документ може бути застосовано, наприклад, для отримання інформації про склад осіб, що звертались за медичною допомогою, про самі медичні заклади, їх діяльність, кадри та з інших питань відповідно до програми розробки.

Використання технічних засобів обліку медичної інформації та її централізація оптимізують механізми її подальшої обробки та аналізу.

Збір медико-статистичної інформації шляхом *опитування* проводять експедиційним та кореспондентським методами, самореєстрацією.

При *експедиційному методі* дослідник опитує хворого і з його слів самостійно заповнює карту дослідження, що забезпечує контроль за правильністю відповідей.

При *самореєстрації* соба, яка обстежується, заповнює карту самостійно.

При *кореспондентському* методі дослідник розсилає карти для обстеження з відповідними вказівками до їх заповнення. Маючи заповнені карти (з відповідями на питання) респондент відсилає їх на адресу дослідника.

Анкетний метод використовується при неможливості посереднього спостереження за досліджуваним явищем. Анкети розсилають конкретним особам, проте їх відповіді бувають неповні, неточні. Недоліком цього методу є те, що правильність заповнювання анкет залежить від розуміння сформульованих питань. Тому анкетний метод використовується як допоміжний до інших, чи при відсутності більш надійних способів отримання даних. Часто він буває доцільним в соціологічних дослідженнях.

Вибір методів опитування визначається завданням та програмою спостереження. Найбільш надійним є експедиційний, але він потребує найбільших витрат. Спосіб самореєстрації менш витратний, тому його використовують при можливості заповнення карт особами, які підлягають обстеженню. Цей метод часто використовують при переписах. Кореспондентський спосіб потребує найменших витрат, але не завжди отримані за його допомогою дані вірогідні. Він може бути використаний як допоміжний з огляду на його суб'єктивність, неточність.

Одночасно з розробкою методів збору матеріалу проводиться підготовка до групування та зведення даних.

Групуванням в статистиці називається розподіл одиниць сукупності на однорідні частини за суттєвими ознаками. Його завдання полягає в тому, щоб роз'єднати факти, які вивчаються, на окремі якісно однорідні частини, що є необхідною умовою для визначення узагальнюючих показників.

Планом статистичного дослідження повинно бути передбачено, на які групи потрібно розділити явище. Сенс такого розподілу сукупності на якісно однорідні групи полягає у необхідності показати їх особливості, зв'язок з іншими, взаємну залежність. Так, при вивченні захворюваності за нозологічними формами, хворі в цих групах якісно неоднорідні: діти, молодь, особи похилого віку, тому кожную групу захворювань необхідно поділити ще на якісно однорідніші - за статтю, віком та інші.

Принцип групування статистичного матеріалу повинен визначати лікар, який добре знає його методологічний базис. Ознаки одиниць сукупності, які лежать в основі групування, називаються згрупованими. Вони бувають *варіаційними (кількісними)* і мають кількісне визначення. Варіаційне групування проводиться за числовими значеннями ознак (групування хворих за віком, терміном захворювання, перебування на ліжку, дітей за масою тіла, зростом тощо).

Якісно визначені ознаки називаються *атрибутивними*: розподіл хворих за групами захворювань, населення за статтю, фахом тощо.

При групуванні за атрибутивними ознаками, які не мають кількісного вираження, число груп обумовлено самою ознакою (стать, фах, захворювання).

При проведенні статистичного групування можна якісно однорідну групу (чоловіки) розділити на вікові групи (за варіаційною ознакою) - це буде комбінаційне групування.

Вибір групових ознак базується на трьох основних правилах: в основу групування необхідно покласти найбільш суттєві ознаки, які відповідають завданням дослідження; при виборі групових ознак потрібно виходити з конкретних умов, в яких реалізується дане явище; при вивченні явища, на яке впливає декілька різних факторів, групування необхідно проводити не за однією, а декількома ознаками (комбінаційно).

Групування являє собою основу зведення статистичного матеріалу і за умови дотримання всіх правил дозволяє зробити вірні висновки та визначити певні закономірності, що притаманні для піддослідної сукупності.

Групування необхідно відрізнити від *класифікації*, в основу якої покладено розподіл явищ і об'єктів на певні групи, класи на основі їх типовості та різниці. Основою класифікації є якісна ознака. Класифікації стандартні та незмінні протягом тривалого періоду часу, визначаються та коригуються органами державної і міжнародної статистики. Класифікації єдині для будь-якого дослідження і часто являються основою групувань.

На першому етапі розробляються програми статистичного спостереження, розробки та зведення статистичного матеріалу, аналізу даних.

Програма спостереження - це перелік зафіксованих в обліковому документі ознак, які характеризують кожну одиницю спостереження. Вона повинна відповідати таким вимогам: мати у складі перелік тільки суттєвих ознак, які відображають досліджуване явище, його тип, риси та властивості; точність формулювання та логічний порядок.

Питання про ознаки, які будуть вивчатися, вирішується після визначення одиниці з урахуванням завдань дослідження. Так, при вивченні захворюваності, програмними ознаками можуть бути стать, вік, шкідливі звички, дата звертання за медичною допомогою, стаж роботи, її місце та інші.

Важливе значення має формулювання програмних питань, їх чіткість та однозначність трактувань. Вони можуть бути представлені у вигляді закритих питань — альтернативних (так, ні), або з вибором варіантів трьох і більше відповідей. На відкриті питання ("Вкажіть Ваші зауваження щодо роботи відділення:") респондент може дати будь-яку відповідь.

Для забезпечення одноманітності даних, що реєструються щодо кожної одиниці спостереження, програма спостереження оформляється у вигляді облікового документа. При проведенні статистичного дослідження джерелами інформації можуть бути офіційні звітно-облікові чи спеціально розроблені облікові документи.

Якщо програма дослідження не виходить за межі існуючих офіційних звітно-облікових документів (статистичний талон для реєстрації заключного діагнозу, лікарське свідоцтво про смерть, талон амбулаторного пацієнта та інше), то після розробки для складання звіту лікувально-профілактичного закладу їх можна використовувати для прикладних статистичних досліджень.

Якщо програма дослідження потребує отримання матеріалів, які відсутні в офіційних облікових документах, розробляється спеціальний обліковий

документ. Він може мати форму бланка, анкети, карти чи бути записаний в комп'ютерній базі даних. На карту чи в комп'ютерну базу вносять ознаки, які реєструються на кожну одиницю спостереження: дані одного новонародженого чи померлого, одного хворого та ін. В списочних документах (журнал, відомість, облікова книга) наводяться дані двох і більше одиниць спостереження, які розташовані в окремих його рядках. Індивідуальні облікові документи можуть мати більше питань, ніж списочні. Тому при карточній чи комп'ютерній формах накопичення матеріалу зведення його полегшується, а розробка може проводитися за більш глибокою програмою.

Програма розробки (зведення) - складання макетів таблиць.

Зведення може бути централізованим - всі первинні матеріали поступають на обробку в один аналітичний центр, децентралізованим - обробка здійснюється на місцях.

Зведення проводиться у вигляді статистичних таблиць, які заповнюються за даними зведених статистичних матеріалів. Передумовою статистичного зведення повинен бути контроль отриманих статистичних даних.

Статистичні таблиці — це форма систематизованого, раціонального та наочного подання цифрового матеріалу, який характеризує явище та процеси, що вивчаються.

Таблиця має загальну назву, яка повинна знаходитись у її верхній частині. В ній коротко визначають її суть, час та місце отримання даних. Статистична таблиця повинна також мати дані про числовий вимір вивченого явища (% , %о, абс. числа) та підраховані підсумки досліджених ознак.

У статистичній таблиці є підмет та присудок. Підметом називають об'єкт вивчення. Це можуть бути одиниці статистичної сукупності, чи їх групи (діагнози, види захворювань населення за віковими групами та інші). Присудком статистичної таблиці може бути перелік кількісних показників, якими характеризується об'єкт вивчення, тобто підмет таблиці. Найменування одиниць чи груп (підмета) подають зліва таблиці, а найменування присудка у заголовках граф. У верхній частині над заголовком таблиці подається їх нумерація (таблиця 1,2,3,...).

Статистичний підмет поділяється горизонтальними лініями на рядки, статистичний присудок - вертикальними лініями на графи. Пересічення горизонтальних та вертикальних ліній формує клітини, де записуються цифрові дані. Горизонтальні ряди та вертикальні стовпчики чисел і їх підсумок повинен мати одне і те ж число у клітині по рядках підсумків. Графи та рядки теж повинні мати чітку назву. У назві таблиці, рядків та граф потрібно вказати одиницю виміру.

Макети таблиць можуть бути *розробними*, коли наведено дані окремо за кожною ознакою. Потім на їх основі складаються *аналітичні таблиці*, в яких представлені дані за групами ознак в цілому.

Виділяють наступні види статистичних таблиць: прості, групові, комбінаційні.

Проста таблиця - числовий розподіл даних за однією ознакою.

В такій таблиці немає групувань, вона не характеризує зв'язок між ознаками. Прості таблиці дають мало інформації, хоча наочні та прості для аналізу. Прикладом простої таблиці може бути табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за частотою пульсу після прийому препарату

Число ударів пульсу за хвилину	Кількість хворих
Всього	

У *груповій таблиці*, на відміну від простої, може бути не один, а два і більше присудків, тобто явище характеризується не однією, а двома та більше ознаками, не пов'язаними між собою (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих, що звернулися до поліклініки, за віком та статтю

Діагноз	Стать		Вік				> Разом
	чоловіки	жінки	15-19	20-29	30-39	40 та ст.	
Всього							

Для більш повної характеристики явищ групування за однією ознакою буває недостатньо. Для того, щоб розкрити взаємозв'язки та більш повно охарактеризувати типи явищ, проводиться комбінаційне групування за двома чи більше ознаками, взятим у поєднанні. Таким чином, *комбінаційна таблиця* підметом має групи за однією ознакою, а у присудку - декілька пов'язаних між собою груп. Вона може бути використана для поглибленого аналізу статистичного матеріалу. Прикладом комбінаційної є табл. 4.

В комбінаційній таблиці, як і в груповій, має бути не менше двох додаткових, пов'язаних між собою ознак (присудків). Це дає можливість комбінувати, порівнювати і тим самим встановлювати зв'язок між ними. Такі таблиці використовуються для поглибленого аналізу та вивчення залежності між різними ознаками одного явища чи кількома явищами, які відрізняються тільки однією ознакою.

Таблиця 4

Розподіл випадків звертання в поліклініку за віком та статтю в зв'язку з нозологічними формами патології

Діагноз	15-19		20-29		30-39		40 та старше		Разом	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки, жінки	
Всього										

Побудова та оформлення статистичних таблиць базується на основних загальноприйнятих правилах. Таблиця повинна бути, по можливості, невеликою за розміром. Іноді доцільніше побудувати дві чи три невеликі таблиці, ніж одну велику. Назва таблиці, рядків підмета та граф присудка повинні бути сформульовані точно, коротко та зрозуміло з наведенням одиниць вимірювання. Назва таблиці повинна визначати територію та період, до яких відносяться дані. Рядки підмета та графи присудка розміщуються за принципом "від частини до загального", тобто насамперед відображають складові частини, а в кінці роблять підсумки. Рядки підмета та графи присудка можуть бути пронумеровані для зручного посилання на цифри таблиці. Відсутність цифрових даних відмічається літерами н. д. ("немає даних"). Округлення чисел в таблиці проводиться з однаковою точністю (до 0,1 до 0,01 і т.д.).

Змістом *другого етапу* статистичного дослідження є:

- збирання матеріалу;
- поточний контроль реєстрації. -

Поточний контроль реєстрації може проводитись як на етапі заповнення облікових документів, так і при формуванні комп'ютерної бази даних. Невірно оформлені облікові документи повертаються на доопрацювання чи вилучаються з подальшого аналізу.

На *третьому етапі* дослідження проводиться:

- шифрування матеріалу за ознаками, що підлягають обліку;
- розподіл одиниць спостережень на однорідні групи;
- підрахунок по групах та зведення в таблиці;
- розрахунок похідних величин.

Використання комп'ютерної техніки на сучасному етапі дозволяє автоматизувати значну частину процедур третього етапу.

Заключна стадія дослідження - *четвертий етап* — це аналіз, інтерпретація та порівняння даних. Аналіз їх в статистичній таблиці доцільно почати з підсумків, що дає загальну уяву про наведені результати. Потім аналізують дані рядків і граф та визначають найбільш характерні з них, які є основою формування статистичних закономірностей. Аналіз проводиться на основі порівняння даних з контрольною групою, з існуючими нормативами, з середніми рівнями в регіонах, зі стандартами, з даними інших закладів, оцінюється також їх динаміка.

Будь-яка аналітична робота завершується літературним оформленням, формулюванням висновків дослідження та розробленням пропозицій для впровадження результатів дослідження в практику охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Що таке статистичне дослідження?
2. Які основні етапи статистичного дослідження?
3. Що таке програма дослідження, які її види?
4. Що таке одиниця та об'єм спостереження, їх визначення?

5. Які головні елементи плану статистичного дослідження?
6. Які існують види статистичного дослідження з огляду на об'єм використаного матеріалу, часу та способу збирання інформації?
7. В чому полягають особливості вибіркового дослідження?
8. Що таке групування статистичних матеріалів, види групувань?
9. Що таке статистична таблиця, її види?
10. Які основні вимоги до побудови статистичних таблиць?

3.3. Відносні величини

В результаті зведення статистичного матеріалу у вигляді розробних таблиць визначаються абсолютні числа, які можуть мати самостійне значення для характеристики об'єму та розмірів явища, а також слугувати основою для розрахунку похідних величин.

В медичній статистиці абсолютні величини використовуються для характеристики чисельності населення, кількості лікувально-профілактичних закладів, ліжкового фонду, кадрового потенціалу та інші. Вони використовуються також при малих числах спостережень, наприклад, коли потрібно показати поодинокі випадки особливо небезпечних захворювань.

Проте, при аналізі результатів дослідження завжди виникає необхідність у порівнянні отриманих результатів, а порівняння абсолютних даних може призвести до помилкових висновків. В більшості випадків використання абсолютних величин є проміжною стадією для визначення похідних величин.

При порівнянні розмірів таких явищ як народження, смерть, захворювання, травми, ускладнення, чи вивченні їх змін у часі, потрібні абсолютні числа, які допомагають ці явища довести до одного знаменника, віднести до однієї й тієї ж кількості населення. Абсолютні числа потрібні і при розподілі загальних чисел цих явищ на складові частини.

Обґрунтованість даного положення можна показати на такому прикладі: в місті А. протягом року померло 970 чоловік, а в місті В. — 1025 чоловік. Можна припустити, що в місті В. смертність вища, ніж в місті А., але для даного прикладу це невірно. Адже абсолютна кількість померлих ще не визначає інтенсивності смертності. Остання залежить від кількості населення (середовища), серед якого виявляється дане явище (смерть). Для нашого прикладу - в місті А. мешкало 67000 чоловік, а в місті В. - 80000. Щоб визначити, у якому місті смертність дійсно була вищою, необхідно визначити відношення чисел померлих в містах А. та В. до чисельності населення в них.

Якщо визначити кількість померлих на 1000 населення в кожному з міст, виявиться, що в місті А. вона становить на 1000 осіб 14,5, а в місті В. - 12,8. Смертність в місті А. виявляється вищою, ніж в місті В., тобто висновок протилежний тому, який був при порівнянні абсолютних чисел.

Існують дві групи похідних величин: *відносні* - як узагальнююча характеристика явища за якісною ознакою, *середні* - узагальнююча характеристика за кількісною ознакою.

Розрізняють відносні величини *інтенсивності, екстенсивності, співвідношення та наочності*.

Показник інтенсивності характеризує *рівень, частоту, поширеність* явища у середовищі, де воно проходить та з яким органічно пов'язане.

Показники інтенсивності поділяють на:

загальні — це загальні рівні смертності, народжуваності, захворюваності, інвалідності тощо;

спеціальні - за окремими групами (вік, стать, причина, стаж роботи та інше).

Відносні величини можуть бути виражені у відсотках (%), якщо основа прийнята за 100, в промілях (‰), якщо основа прийнята за 1000 і т. д.

Розмір основи для визначення явища, вибирають таким чином: чим більше воно розповсюджене, тим менша основа. Так, загальні показники смертності, народжуваності, захворюваності та інше визначаються на 1000 населення, спеціальні показники цих явищ — часто на 10000 чи 100000 населення, показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності - на 100 працюючих, летальності - на 100 хворих.

Для визначення інтенсивного показника потрібно брати тільки те середовище, де проходить явище, що вивчається. Наприклад, захворюваність серед всього населення, чи окремих його груп, летальність серед усіх госпіталізованих до лікарні, чи тільки серед хворих, госпіталізованих після 24 годин з початку захворювання та інше. Явище і середовище повинні бути пов'язані між собою.

Формула розрахунку загального інтенсивного показника:

$$\frac{\text{Явище} \cdot 100(1000, 10000, \dots)}{\text{Все середовище}}$$

$$\text{Загальний рівень (коефіцієнт) смертності} = \frac{\text{Число випадків смерті} \cdot 1000}{\text{Середня річна чисельність населення}}$$

Формула розрахунку спеціального інтенсивного показника:

$$\frac{\text{Частина явища} \cdot 100 (1000, 10000, \dots)}{\text{Частина середовища}}$$

$$\text{Частота інфекційних захворювань у дітей дошкільного віку} = \frac{\text{Число випадків інфекційних захворювань у дітей дошкільного віку} \cdot 1000}{\text{Середня річна чисельність дитячого населення дошкільного віку}}$$

Інтенсивні показники можна порівнювати в статистиці та динаміці за часом та в просторі завдяки зведенню їх до спільного знаменника (100, 1000, 10000 та інше).

Коефіцієнт співвідношення — це співвідношення двох явищ, не пов'язаних між собою. Наприклад, забезпеченість населення ліжками, лікарями, число лабораторних досліджень на 100 поліклінічних відвідувань та інші. Ці показники визначаються на 100, 1000, 10000 населення. Методика їх розрахунку така

ж, як і інтенсивних показників. Різниця полягає в тому, що останні характеризують частоту явища, породженого даним середовищем і з ним пов'язані. Це не притаманне показникам співвідношення.

Приклад розрахунку коефіцієнта співвідношення:

$$\text{Забезпеченість населення лікарняними ліжками} = \frac{\text{Число ліжок} \cdot 1000 (10000, \dots)}{\text{Чисельність населення}}$$

Показники співвідношення можна порівнювати між собою в динаміці та в регіонах. На відміну від інших узагальнюючих величин, про які мова піде нижче, показники інтенсивності та співвідношення не абстрактні, а іменовані числа: вони завжди показують кількість одиниць сукупності, яка знаходиться у чисельнику на одиницю тієї сукупності, яка стоїть у знаменнику.

Показники екстенсивності відображають питому вагу, структуру, розподіл, склад явища. Їх визначають у тому випадку, коли необхідно проаналізувати розподіл абсолютного числа явища на його складові частини. Вони показують, яку частку, питому вагу, відсоток кожна частина складає у всьому явищі (у сумарному числі спостережень). Екстенсивний показник можна визначити при наявності розмірів сукупності і її складових частин.

Визначення екстенсивного показника проводиться за формулою:

$$\text{Екстенсивний показник} = \frac{\text{Частина явища} \cdot 100}{\text{Ціле явище}}$$

Коефіцієнт визначається у відсотках.

Регіональні екстенсивні показники порівнювати не можна. Це обумовлено тим, що коливання останніх в певному напрямку (збільшення чи зменшення) можуть бути пов'язані як зміною відображуваної ними частини явища, так і зворотною зміною однієї чи кількох інших його частин. Так, зменшення питомої ваги може бути обумовлене збільшенням іншої частки сукупності, при тому, що ціле залишається незмінним (100 %). Порівняння одних тільки екстенсивних показників не дозволяє визначити, чим обумовлені дані зміни.

Такий взаємозв'язок є особливістю екстенсивних коефіцієнтів. Наприклад, питома вага певного захворювання в її структурі може збільшитися: а) при прирості інтенсивного коефіцієнта, якщо кількість інших захворювань в цей період зменшується; б) при зниженні рівня даного захворювання, якщо зменшення кількості інших захворювань проходило ще швидше.

За допомогою екстенсивних показників не можна робити висновок про поширеність явища. Однозначно вірним методом визначення розмірів частоти, рівня, поширеності явища (захворюваності, смертності та ін.) в різних регіонах є порівняння інтенсивних показників. Екстенсивні показники мають значення лише для даного часу і місця. Вони досить широко використовуються у практичній діяльності з метою з'ясування розподілу конкретної сукупності на складові частини.

Показник наочності відображає зміни, які відбуваються з тим чи іншим явищем у часі, показує їх розбіжності на окремих територіях чи в різних групах населення. Він показує, у скільки разів або на скільки відсотків змінилося явище в динаміці, чи відрізняється за регіонами, не виявляючи при цьому розміру останнього.

Для розрахунку показника наочності одна з порівнюваних величин приймається за 1, 100 чи 1000, а інші визначаються у відношенні до неї.

Так, наприклад, рівень смертності у районі А. в минулому році складав $14,7 \text{ ‰}$ а в поточному - $15,2 \text{ ‰}$. Якщо показник смертності за минулий рік прийняти за 100 %, а поточний за X, то результат буде дорівнювати:

$$X = \frac{15,2 \cdot 100}{14,7} = 103,4 \%$$

Знаменник відношення, тобто та величина, з якою інша співставлялась, називається основою чи базою порівняння. У нашому прикладі основа - 14,7. Щоб зробити висновок, необхідно від визначеної величини (X) 103,4 % відняти вихідний рівень, який брали за 100 %.

$$103,4 \% - 100 \% = 3,4 \%$$

Висновок: рівень смертності в районі А. збільшився на 3,4 %.

При значних відмінностях двох порівнюваних величин показник наочності краще показувати в кратності. У скільки разів одна величина більша (менша) від іншої.

Показники наочності можна визначати, використовуючи абсолютні числа, показники інтенсивності, співвідношення чи середні величини. Вони використовуються для того, щоб показати напрямок, тенденцію зміни явища (збільшення чи зменшення), але не розкривають ні абсолютні розміри явища, ні його рівнів.

Показники відносної інтенсивності використовуються при вивченні структурних особливостей різних статистичних сукупностей, що мають відношення до одного середовища. Вони є чисельним співвідношенням двох структур.

Коефіцієнти відносної інтенсивності повинні використовуватись тільки у тих випадках, коли відсутня можливість визначити прямі інтенсивні коефіцієнти. Ці показники дозволяють визначити ступінь співвідношення (зменшення чи збільшення) аналогічних ознак.

Наприклад, питома вага хвороб системи кровообігу в структурі первинної захворюваності становить 15,2 %, в структурі інвалідності - 32,4 %, в структурі смертності - 59,2 %. Коефіцієнти відносної інтенсивності показують, що хвороби системи кровообігу в 4 рази вагоміші, як причина смертності та у 2 рази, як причина інвалідності в зіставленні з ранговим місцем серед причин захворюваності.

Таким чином, коефіцієнти відносної інтенсивності є фактично коефіцієнтами диспропорції питомої ваги одноіменних елементів у структурі різних процесів. Вони не є критеріями частоти, а тільки мірою її порівняння.

При аналізі відносних величин іноді допускаються *помилки*, до основних з яких можна віднести:

- недооблік фактора часу (квартальні показники порівнюються з піврічними чи річними);
- помилковий вибір середовища при розрахунку погрупових показників (використання всього середовища);
- визначення рівня явища на основі екстенсивних показників, а не інтенсивних;
- проведення порівняння показників з різними одиницями виміру.

Контрольні питання

1. Яке значення мають абсолютні величини, в яких випадках вони використовуються?
2. Визначення відносних величин, їх види, значення?
3. У яких випадках використовують показники інтенсивності, екстенсивності, співвідношення, наочності?
4. Основні помилки, які найбільш часто зустрічаються при обчисленні та аналізі відносних величин?
5. Які відносні величини можна використовувати для порівняння явищ, що вивчають в динаміці, за регіонами, в окремих групах?

3.4. Графічні зображення статистичних даних

Табличне зведення статистичного матеріалу часто потребує наочного зображення у вигляді графіків. Графік, на відміну від таблиці, більш наочно показує загальну картину розподілу чи тенденцій розвитку явища. При його використанні простежуються більш виразні взаємозв'язки між показниками.

Графіки використовуються з метою полегшення сприйняття матеріалу, його статистичного аналізу, порівняння отриманих даних. Вони допомагають краще зрозуміти чисельні співвідношення ознак, закономірності та взаємозв'язок окремих явищ, зробити висновки наочними. Графічні зображення сприяють також популяризації та розповсюдженню статистичних даних.

Тільки вірно побудований графік допоможе проілюструвати виявлену закономірність чи тенденцію.

Графіком називають наочне зображення статистичних величин за допомогою геометричних ліній та фігур (діаграми) чи географічних картосхем (картограми).

Кожен графік, щоб відповідати основним умовам використання, повинен мати наступні елементи: графічний образ, поле, просторові та масштабні орієнтири, масштабну шкалу, експлікацію.

Графічний образ - це геометричні знаки, лінії, фігури, за допомогою яких зображуються статистичні дані. Він повинен відповідати меті і бути найбільш виразним.

Поле графіка - це місце розташування графічних образів.

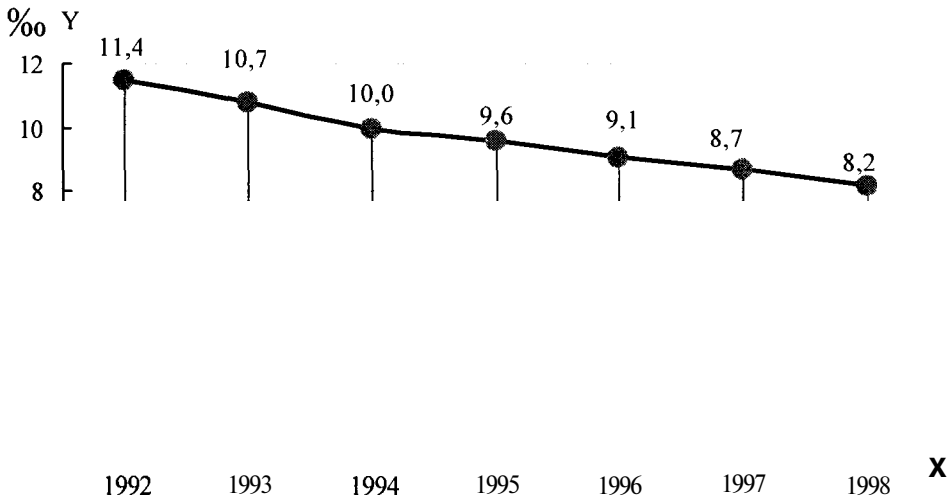
Просторові орієнтири - це системи координатних сіток. Часто використовують систему прямокутних координат, крім того, є криволінійні шкали. Вони доцільні у секторних діаграмах.

Масштабом графіка називається певна міра переводу кількісної величини у графічну. *Масштабні орієнтири* визначаються системою масштабних шкал, які бувають рівномірними та нерівномірними. При рівномірних масштабних шкалах відрізки пропорційні числам. Якщо, наприклад, число подвоюється, то відрізок між числами теж повинен бути у два рази більшим.

Експлікація - це назва з коротким викладом змісту, часу та місця даних. На діаграмі також повинні бути підписи вздовж масштабних шкал, пояснення до певних елементів графіка.

За формою зображення діаграми в свою чергу поділяються на лінійні, площинні (стовпчикові, секторні, кругові, квадратні, фігурні, точкові, фонові) та об'ємні.

Лінійні діаграми використовують для наочного зображення процесів, які показують розвиток явища у часі, його динаміки, представленої у вигляді суцільної лінії при безперервності процесу. Явище на такій діаграмі подається у вигляді лінії, яка може бути прямою, ламаною, кривою (температурний лист хворого, помісячна вага дитини, захворюваність залежно від віку та інші) (мал. 1).



Мал.1. Рівні народжуваності в Україні за 1992-1998 роки (на 1000 населення).

При побудові лінійної діаграми віссю абсцис є горизонтальна лінія (вісь X), на ній відкладають відрізки для відтворюваних груп (наприклад, за кількістю років, за якими порівнюють дані). Вони повинні бути рівні та безперервні. Якщо статистичні дані охоплюють різні періоди часу, інтервали між періодами (довжина відрізка), на абсцисі повинні бути пропорційні величинам тривалості періодів. На вертикальній лінії (вісь Y), ординаті, наносять позначки, кожна з яких відповідає певному кількісному значенню явища. Підрахунок по масштабній лінії проводиться від базисної лінії.

Після того, як на осях абсцис та ординат нанесена шкала за встановленим масштабом відповідно до наведених даних, визначають крапки (координати) на полі діаграми, які утворюються пересіченням двох прямих, проведених перпендикулярно до відповідних крапок на осях координат. Крапки з'єднуються лініями. Приклад лінійної діаграми наведено на мал. 1. Нерідко на одній лінійній діаграмі наводиться декілька кривих, які дають порівняльну характеристику динаміці різних показників чи одного і того ж показника у різних регіонах (наприклад, смертність та народжуваність). Для того, щоб дві лінії відрізнялися одна від одної, їх потрібно малювати різним кольором, чи різними штрихами.

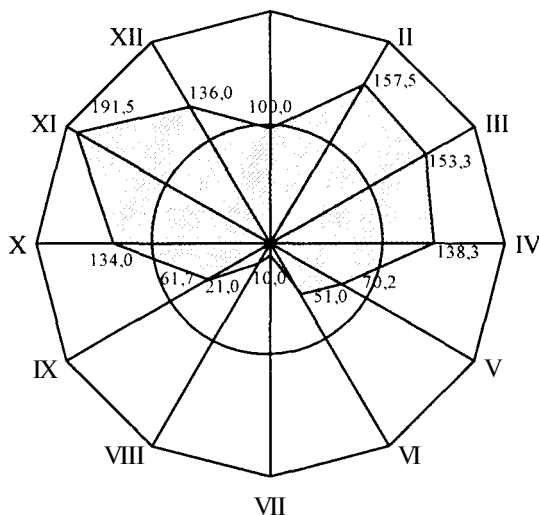
Окремий вид лінійної діаграми - *радіальна діаграма*. Вона будується в системі полярних координат і використовується для зображення динамічних даних, що мають циклічну закономірність. Наприклад, частота викликів швидкої допомоги до дітей при захворюваннях на пневмонію за місяцями року. Для побудови такої діаграми потрібно мати відповідний розподіл викликів. Радіусом довільної довжини описують коло. Шістьма діаметрами ділять його на рівні відрізки.

Далі визначаємо:

1. Середньоденне число викликів за кожен місяць.
2. Середньоденне число викликів за рік.
3. Для кожного місяця визначаємо відносний показник у %:

$$\frac{\text{Середньоденне число викликів за місяць} \cdot 100}{\text{Середньоденне число викликів за рік}}$$

На зроблених таким чином дванадцяти радіусах (за числом місяців), чи їх продовженнях, відкладаємо значення розрахованого показника пропорційно прийнятому масштабу. За масштаб обирається величина радіуса, що відповідає середньоденному числу викликів за рік. Розраховані значення відкладають на прийнятій довжині радіуса і відмічені крапки з'єднують лініями. Одержаний багатокутник відображає коливання викликів швидкої допомоги за місяцями року (мал. 2).



Мал. 2. Помісячні коливання викликів швидкої допомоги до дітей при захворюваннях на пневмонію (%).

Серед площинних діаграм найбільш поширеними є стовпчикові, внутрішньостовпчикові та секторні.

Стовпчикові діаграми відображають абсолютні числа, інтенсивні показники (рівні захворюваності, смертності, летальності), показники співвідношення для одного чи кількох періодів, територій, окремих груп населення.

При побудові стовпчикової діаграми необхідно накреслити систему прямокутних координат, визначити розміри кожного стовпчика та інтервали між ними. Основа стовпчиків, яка повинна бути однакового розміру, розміщується на осі абсцис, а верхня його частина буде відповідати величині показника, який нанесений у відповідному масштабі відносно до осі ординат. Кожний окремий стовпчик відповідає окремому явищу чи одному явищу за різні періоди часу. Відстань між стовпчиками повинна бути однаковою, проте іноді вони розміщуються один біля одного. Приклад стовпчикової діаграми наведений на малюнку 3.



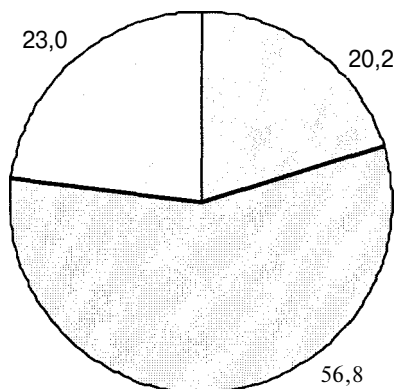
Мал. 3. Середня тривалість лікування дорослого населення на ліжках різних профілів, Україна, 1997 рік (ліжко-дні).

Стовпчикові діаграми використовуються не тільки для порівняння явища в динаміці, а й для демонстрації складу певного явища (внутрішньостовпчикові діаграми).

Внутрішньостовпчикові діаграми використовують для характеристики структури певного явища (смертності, захворюваності та ін.), його складових частин.

Складові частини явища подаються у вигляді відсотків до загального числа. При цьому висота стовпчика береться за 100 % та ділиться на частини пропорційно питомій вазі окремих частин у відсотках. Їх розташовують в порядку зниження (зростання) відсотків.

Структуру досліджуваного явища (захворюваності, смертності та інших) можна подати також у вигляді секторної діаграми (мал. 4).



20,2 % - Діти та підлітки

56,8 % - Населення працездатного віку

23,0 % - Населення старше працездатного віку

Мал. 4. Структура населення України за віком, 1998 рік (%).

Для побудови секторної діаграми радіусом довільної величини описують коло. На ньому відкладають у градусах частки кола, пропорційні відсотковому розподілу зображених даних, які визначають за формулою:

$$X = 360 : 100 \cdot a = 3,6 \cdot a,$$

де X - число градусів, a - число відсотків. Розмічені відрізки кола з'єднують лініями з центром, утворюючи сектори, розмір яких наочно демонструє структуру явища.

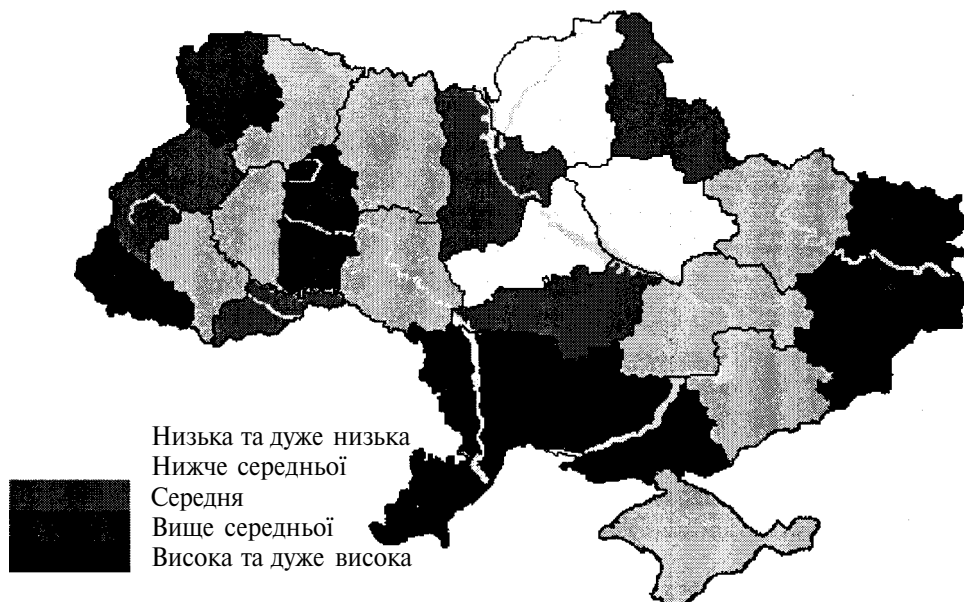
Для більшої наочності використовують *об'ємні діаграми*, представляючи дані у вигляді геометричних фігур, малюнків, символів. Наприклад, фігури людей, малюнок ліжка - для зображення числа хворих, ліжок та інше.

Картограми і картодіаграми дають уяву про територіальну поширеність певного явища в абсолютних чи відносних величинах, які розташовують на географічних картах. Картограми є способом наочного зображення практичних показників, які характеризують окремі географічні одиниці (райони, області, держави) за тією чи іншою ознакою.

Для цього на географічну карту наносять штрихуванням чи кольором різних відтінків різну інтенсивність та поширеність явища. Якщо взяти для кожної групи районів певний спосіб штрихування, то буде добре видно, як розташовані на території області різні райони за поширеністю захворювань чи інших явищ (мал. 5).

Недоліком таких картограм є те, що вони дають тільки загальну уяву про відмінності статистичних показників в районах, але не показують їх абсолютних значень.

Картодіаграма відрізняється від картограми тим, що на географічну карту певної території наносять у невеликому масштабі лінійні, стовпчикові діаграми, які можуть відображати абсолютні чи відносні числа. Це дозволяє визначити коливання показників у регіонах. При цьому відповідним кольором фону самої території можуть бути зображені інші показники.



Мал. 5. Комплексна оцінка областей України за рівнями смертності населення при інфекційних захворюваннях за 1987-1997 роки.

Контрольні питання

1. З якою метою використовують графіки?
2. Які основні елементи графіка?
3. Які основні правила побудови графічних зображень?
4. З якою метою використовують стовпчикові діаграми, правила їх побудови?
5. У яких випадках використовують секторні діаграми, правила їх побудови?
6. З якою метою використовують лінійні діаграми, правила їх побудови?
7. Які величини використовують для побудови графічних зображень?

3.5. Середні величини

Будь-яке статистичне дослідження, незалежно від його об'єму, крім оцінки відносного рівня досліджуваного явища чи його структури, завершується розрахунком та оцінкою узагальнюючих статистичних критеріїв. Найбільш поширеною формою статистичних показників є *середні величини*, які дають узагальнену кількісну характеристику певної ознаки в статистичній сукупності за певних умов місця та часу. Вони відображають типові риси варіаційних ознак досліджуваних явищ. Зважаючи на те, що кількісна характеристика ознаки пов'язана з її якісною стороною, середні величини слід розглядати тільки у світлі умов якісного аналізу. Крім узагальнюючої оцінки певної ознаки необхідність визначення середніх для сукупності мінливих кількісних величин виникає також тоді, коли порівнюють дві їх групи, які якісно відрізняються одна від одної.

В практиці охорони здоров'я середні величини використовують досить широко:

- для характеристики організації роботи закладів охорони здоров'я (середня зайнятість ліжка, термін перебування в стаціонарі, кількість відвідувань на одного мешканця та інше);
- для характеристики показників фізичного розвитку (довжина, маса тіла, окружність голови новонароджених та інше);
- для визначення медико-фізіологічних показників організму (частота пульсу, дихання, рівня артеріального тиску та ін.);
- для оцінки даних медико-соціальних та санітарно-гігієнічних досліджень (середнє число лабораторних досліджень, середні норми харчового раціону, рівень радіаційного забруднення та інші).

За допомогою середніх можна порівнювати між собою сукупності, що мають різну варіабельність ознак. Середні величини широко використовуються для порівняння у часі, що дозволяє характеризувати найважливіші закономірності розвитку явища. Так, наприклад, закономірність збільшення росту дітей певного віку знаходить своє вираження в узагальнених показниках фізичного розвитку. Закономірності динаміки (збільшення чи зменшення) частоти пульсу, дихання, клінічних параметрів при певних захворюваннях знаходять свій прояв у статистичних показниках, які відображають фізіологічні параметри організму та інше. При цьому в окремих індивідуальних випадках дана тенденція не завжди буде визначатися. Наприклад, при лабораторних дослідженнях діагностується загальне збільшення числа лейкоцитів, яке виявляють у певних осіб під впливом тих чи інших причин (радіаційне забруднення території). В різні роки рівень даного параметра може не збільшуватися, проявлятися неоднаково в регіонах внаслідок різних конкретних умов. У зв'язку з цим дуже важливо, щоб середні показники були обґрунтовані на масовому узагальненні фактів. Це дозволяє виявити загальну тенденцію та показати типовий для даного періоду часу та регіону рівень явища. В такій ситуації середні величини нівелюють випадкові відхилення індивідуальних величин від загальної тенденції, які притаманні генеральній сукупності. В цьому проявляється дія закону великих чисел.

Найчастіше при вивченні медико-біологічних даних використовуються:

- середня арифметична;
- середня гармонійна;
- середня геометрична.

Крім того, практичне застосування знаходять узагальнюючі описові (непараметричні) характеристики варіативних ознак - мода і медіана.

Середні величини повинні визначатися на основі масового узагальнення фактів та застосовуватися до *якісно однорідних сукупностей* - це основна умова їх практичного та наукового використання. Середні величини не можна визначати, якщо сукупність досліджуваних ознак, процесів, явищ складається

з неоднорідних елементів. Обґрунтованість середніх величин набуває науково-практичного значення тільки за умови правильного групування. Основними вимогами при розрахунку середньої величини є якісно однорідна сукупність та достатнє число спостережень. Якісно однорідна сукупність означає, що всі її одиниці належать до одного виду явищ. Наприклад, число днів непрацевдатності хворих за певною нозологічною формою, маса дітей - хлопчиків 7 років; пульс дітей одного віку при певному захворюванні та інше. Змішування сукупностей, які визначаються різними якісними ознаками, призводить до розрахунку нетипових середніх величин. Таким чином, середні величини в статистиці тільки тоді можуть бути основою наукового аналізу, коли відображають якісно однорідну сукупність. Якісна однорідність явищ, їх типовість, базується на основі теоретичного аналізу їх суті.

Обов'язковою умовою, якій повинен відповідати наявний статистичний матеріал для розрахунку середніх величин, є також *достатнє число спостережень*. Даний критерій можна визначити за допомогою формул, які представлені у розділі "Організація та проведення статистичного дослідження".

Окремі елементи (значення) сукупності однорідних за якісним складом предметів, явищ, параметрів є *варіантами*, а всю їх сукупність можна представити у вигляді *варіаційного ряду*, який є основою для визначення середніх величин. Варіаційний ряд - це ряд варіант і відповідних їм частот. Варіаційні ряди дають можливість встановити характер розподілу одиниць сукупності за тією чи іншою кількісною ознакою та її варіацію - різноманітність індивідуальних значень ознак конкретних одиниць сукупності.

Окремі значення варіант певної ознаки позначаються літерою *x*. Число, яке показує, як часто зустрічається та чи інша варіанта у складі даного ряду, називається частотою (*i*). Сума частот ($\sum f$) дорівнює загальному числу спостережень (*n*).

Варіаційний ряд може бути *простим*, де кожна варіанта представлена окремо, тому частота кожної з них дорівнює одиниці. Наприклад, розподіл хворих за частотою пульсу: 68, 69, 75, 70, 65, 68, 70, 75, 74, 72, 72, 68. Даний ряд є також *нерангованим*, тому що варіанти не систематизовані. Систематизувавши варіанти в порядку збільшення чи зменшення їх числового значення, даний ряд можна перетворити в *рангований*: 65, 68, 68, 68, 69, 70, 70, 72, 72, 74, 75, 75.

Якщо варіанти згрупувати за їх абсолютним значенням, то можна отримати *згрупований* варіаційний ряд, де кожна варіанта представлена зі своєю частотою. Для нашого прикладу:

X	66	68	69	70	72	74	75
P	1	3	1	2	2	1	2

Наведений згрупований ряд є *неінтервальним*, тому що групування проведено без конкретного інтервалу за абсолютним значенням кожної варіанти.

Варіаційні ряди, де значення варіант представлено у вигляді інтервалів, називаються *інтервальними*. У вигляді інтервального ряду часто представляють ознаки зі значною кількістю варіант. При цьому значення кожної варіанти представлено у вигляді інтервалу (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хлопчиків 7 років за зростом

Зріст (x)	Число хлопчиків (f)
125,0-126,9	4
127,0-128,9	12
129,0-130,9	8
131,0-132,9	4
Всього	n=28

У наведеному прикладі (табл. 1) інтервали є *закритими* - кожен з них має верхню та нижню межу. В практиці зустрічаються *відкриті* інтервали (вік 60 років і старше, зріст до 120 см та інші). При аналізі ширину відкритого інтервалу, звичайно, вважають рівною ширині суміжного з ним інтервалу.

Згрупований інтервальний варіаційний ряд одержують шляхом об'єднання варіант у групи. При цьому потрібно пам'ятати, що: а) розмір варіаційних груп повинен залежати від природи явища; б) доцільно визначати однакові інтервали; в) межі варіаційних груп не повинні повторюватись.

Всі варіаційні ряди за якісною характеристикою розподіляються на *дискретні* (перервні), в яких варіанти можуть бути представлені тільки цілими числами чи отримані в результаті підрахунків (розподіл за частотою пульсу, числом ліжок-днів, відвідувань) та *інкретні* (безперервні), де варіанти можуть бути представлені як цілими, так і дробовими числами, або є результатом вимірів (табл. 1). Клінічні параметри є здебільшого прикладом інкретних варіант.

В процесі проведення дослідження питання про число варіаційних груп вирішують з огляду на характер матеріалу та чисельність сукупності. Характерні особливості розподілу не виявляться, якщо при незначному числі одиниць спостереження взяти велике число груп, або якщо число груп є недостатнім.

При використанні ЕОМ для обробки статистичних даних групування проводять за стандартними процедурами. Однією з них є формула Стерджеса для визначення оптимального числа груп:

$$n = 1 + 3,322 \cdot \lg N,$$

де: n - число груп;

N - число одиниць спостереження.

Використання даної формули доцільне при великому числі одиниць спостереження.

Іншим варіантом, більш гнучким з практичної точки зору, є метод визначення амплітуди ряду. Для вирішення питання про число груп необхідно

представити статистичну сукупність у вигляді рангового ряду, тобто розташувати її одиниці в певному порядку. При чисельності сукупності менше 100 одиниць не доцільно планувати більше 10 груп.

Різниця між максимальним та мінімальним значенням варіант називається розмахом чи амплітудою $(x_{\max} - x_{\min})$.

Етапи складання інтервального варіаційного ряду такі:

- визначення амплітуди ряду;
- визначення числа груп;
- визначення величини інтервалу.

Розрахунок середніх величин базується на значеннях варіант. Якщо варіанта представлена у вигляді інтервалу, за величину її у кожному з них приймають центральну варіанта, тобто середину інтервалу. Для дискретного ряду центральна варіанта визначається як півсума одного інтервалу. Для інкретного ряду (табл. 1) нею є півсума початкових значень двох сусідніх інтервалів:

$$(125,0 + 127,0) : 2 = 126 \text{ см.}$$

Загальну характеристику варіаційного ряду проводять за допомогою наступних параметрів: середньої арифметичної (\bar{X}), середнього квадратичного відхилення (S), середньої похибки середньої величини (m), коефіцієнта варіації (C), амплітуди $(x_{\max} - x_{\min})$.

Крім вказаних, у деяких випадках для характеристики ряду доцільно визначати також моду та медіану.

Мода - це варіанта, яка має найбільшу частоту. Моду використовують у тих випадках, коли потрібно дати характеристику ознаки, яка найбільш часто зустрічається в досліджуваній сукупності. Її використовують тільки у великих сукупностях.

Медіану в статистиці називається варіанта, яка займає серединне (центральне) положення у варіаційному ряду. Медіана поділяє ряд навпіл - по обидва боки від неї знаходиться однакова кількість одиниць сукупності.

Середня арифметична - найбільш поширений за частотою використання вид середніх величин. Вона може бути простою і зваженою. Для простого варіаційного ряду, в якому кожна варіанта повторюється один раз, визначається *проста середня арифметична*, яка розраховується як відношення суми значень варіант до загального числа спостережень.

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} \quad \text{де: } x - \text{значення окремих варіант;}$$

$$n - \text{загальне число спостережень.}$$

Для прикладу за частотою пульсу, наведеного вище, визначимо:

$$\bar{x} = \frac{265 + 68 + 68 + 68 + 69 + 70 + 70 + 72 + 72 + 74 + 75}{11} = 70,55 \text{ уд. хв.}$$

Для згрупованого варіаційного ряду визначається *зважена середня арифметична*. Таким чином:

$$\bar{X} = \frac{\sum x \cdot f}{n} = \frac{65 \cdot 1 + 68 \cdot 3 + 69 \cdot 1 + 70 \cdot 2 + 72 \cdot 2 + 74 \cdot 1 + 75 \cdot 2}{12} \cong 70,5 \text{ уд. хв.}$$

Частота, з якою зустрічається кожна варіанта, називається "вага" варіанти, а середня арифметична є зваженою, тому що варіанти беруть участь у загальній сумі неодноразово, а ніби зважено за числом відповідних частот.

При визначенні середньої арифметичної для згрупованого інтервального варіаційного ряду: 1) визначають середину інтервалу, як вказано вище; 2) визначають добуток кожної центральної варіанти на відповідну для неї частоту; 3) суму добутків ділять на число спостережень.

Важливі *властивості середньої арифметичної*:

- Добуток середньої на суму частот завжди дорівнює сумі добутку варіант на частоту.
- Якщо від кожної варіанти відняти якесь довільне число, то нова середня зменшиться на те ж число.
- Якщо до кожної варіанти додати якесь довільне число, то середня збільшиться на те ж число. Друга та третя властивості середньої арифметичної показують, що при зменшенні чи збільшенні варіант на одне і те ж число зменшується чи збільшується рівень ознаки на те ж число.
- Якщо кожну варіанту поділити на якесь довільне число, то середня арифметична зменшується у стільки ж разів.
- Якщо кожну варіанту помножити на якесь довільне число, то середня арифметична збільшується у стільки ж разів.
- Якщо всі частоти (ваги) поділити чи помножити на якесь число, то середня арифметична внаслідок цього не зміниться - якщо ми збільшуємо чи зменшуємо рівнозначно частоти всіх варіант, ми не змінюємо вагу кожної окремої варіанти ряду.
- Сума відхилень варіант від середньої арифметичної завжди дорівнює нулю. Це значить, що відносно середньої арифметичної взаємно погашаються відхилення варіант в той чи інший бік.

Загальні властивості можна використовувати, щоб полегшити техніку визначення середньої арифметичної варіаційного ряду.

Середня гармонійна розраховується в тих випадках, коли відомими є дані про чисельник при відсутності таких щодо знаменника. Наприклад, необхідно визначити середній час, затрачений на прийом одного хворого, коли відомо, що 5 лікарів вели прийом протягом 8 годин. Кожен з них затратив в середньому на прийом одного хворого відповідно 20; 16; 20; 15; 24 хвилини. Розрахунок має наступну схему: сукупний робочий час лікарів склав: $n=8 \cdot 5=40$ годин (2400 хвилин, або 480 хвилин на одного лікаря). Навантаження на кожного лікаря визначається: для першого - $480 : 20 = 24$ хворих; для другого - $480 : 16 = 30$ хворих і т.д. Сумарно - 130 хворих.

Формула для розрахунку простої середньої гармонійної має вигляд:

$$X_{\text{гарм.}} = \frac{n}{\sum \frac{1}{x}} = \frac{5 \cdot 8 \cdot 60}{\frac{480}{20} + \frac{480}{16} + \frac{480}{20} + \frac{480}{15} + \frac{480}{24}} = \frac{2400}{130} = 18,46 \text{ хв.}$$

Середня геометрична визначається для тих параметрів, зміни значень яких проходять в геометричній прогресії (зміна чисельності населення в період між переписами, результати титрування вакцин, приріст маси тіла новонароджених протягом окремих місяців життя та інше).

Формула для розрахунку простої середньої геометричної має вигляд:

$$X_{\text{геом.}} = \sqrt[n]{x_1 \cdot x_2 \cdot x_3 \cdot \dots \cdot x_n}$$

або

$$\lg x_1 + \lg x_2 + \dots$$

геом.

Логарифм середньої геометричної дорівнює сумі логарифмів всіх членів ряду, розділених на їх число.

Середня арифметична, яка використовується самостійно, сама по собі, часто має обмежене значення тому, що вона не відображає розміри коливання кількісних варіант ряду (варіабельність ряду). Важливою характеристикою ряду є оцінка різноманітності (мінливості, варіабельності) варіант досліджуваної сукупності. Основою даної оцінки є визначення відхилень окремих варіант від середнього значення ряду. Якщо варіаційний ряд більш компактний, варіанти менше відрізняються від середньої арифметичної. Тому можна вважати, що дана середня величина є більш типовою і краще описує дану сукупність. Якщо варіаційний ряд розкиданий, варіанти значно відрізняються від середньої. В такому випадку середня є менш типовою та не зовсім чітко характеризує ряд і властивості окремих його варіант.

Одним із критеріїв різноманітності варіант ряду є його *амплітуда* — різниця крайніх значень. Проте, вона не враховує характер їх розподілу. За умови високої компактності розподілу варіант в сукупності і при наявності окремих варіант, що різко відрізняються від інших ("вискакуючі" варіанти), амплітуда не відобразить істинний характер розподілу.

Іншою величиною мінливості ознак досліджуваної сукупності є *середнє квадратичне відхилення* (стандартне відхилення), яке позначається символом "сигма" (σ). Чим вищим є середнє квадратичне відхилення, тим вищим буде ступінь різноманітності ознак сукупності та менш типовою середня. Наприклад, аналіз організації госпіталізації хворих показав, що середня тривалість доопераційного періоду при плановій госпіталізації у двох стаціонарах складає:

Лікарня № 1
 $X = 3,1$ дня
 $\sigma = 0,3$ дня

Лікарня № 2
 $X = 3,2$ дня
 $\sigma = 0,9$ дня

Середня тривалість підготовки до операції в обох стаціонарах практично однакова, проте середнє квадратичне відхилення, що відображає його коливання, в лікарні № 1 значно менше. Це є свідченням вищої типовості середньої величини та, ймовірно, результатом кращої організації госпіталізації і підготовки до оперативного лікування.

У випадках, коли значення ознак більше відхиляються від середньої (лікарня № 2), узагальнююча варіація знаходиться під впливом більш різнорідних умов і досліджувана сукупність хворих за якістю організації їх госпіталізації є менш однорідною. Таким чином, середня величина, яка характеризує цю менш однорідну сукупність, буде менш типовою.

Формула розрахунку середнього квадратичного відхилення така:

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} \quad \text{для простого варіаційного ряду;}$$

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum d^2 f}{n-1}} \quad \text{для згрупованого варіаційного ряду.}$$

Де: $n-1$ - число спостережень в досліджуваній сукупності (при досить великому числі спостережень - $n > 30$ - у формулу замість $n-1$ можна підставити n); f - частота варіант; $d = x - X$ - відхилення кожної варіанти від середньої арифметичної; x - значення варіанти.

Для автоматизації розрахунків і їх програмування більш зручною є формула, яку можна навести в такому вигляді:

$$s = \frac{1}{n-1} \sum d^2 \quad \text{для простого варіаційного ряду;}$$

$$s = \frac{\sum d^2 f}{n-1} \quad \text{для згрупованого варіаційного ряду.}$$

Методику розрахунку середнього квадратичного відхилення розглянемо на прикладі оцінки середньої тривалості лікування хворих з пневмонією в стаціонарі (табл. 2).

Таблиця 2

Терміни лікування хворих з пневмонією в стаціонарі

Число днів (x)	Число хворих (f)	$x \cdot f$	$d = x - X$	d^2	$d^2 \cdot f$
14	4	56	-3	9	36
15	6	90	-2	4	24
16	8	128	-1	1	8
17	11	187	-0	0	0
18	10	180	1	1	10
19	5	95	2	4	20
20	4	80	3	9	12
	$\Sigma = 48$	816			$\Sigma = 110$

$$48 = \delta = \sqrt{\frac{\sum d^2 f}{n-1}} = \sqrt{\frac{110}{47}} = \pm 1,5 \text{ дня.}$$

Послідовність розрахунку середнього квадратичного відхилення:

1. Визначаємо середню арифметичну (\bar{x}).
2. Знаходимо відхилення варіант від середньої арифметичної (\bar{x}).
3. Підносимо відхилення (d) в квадрат (для уникнення від'ємних значень та збільшення значень крайніх відхилень).
4. Перемножуємо квадрати відхилень на відповідні частоти - $d^2 \cdot f$ та визначаємо їх суму.

5. Визначаємо середнє квадратичне відхилення за наведеною формулою.
Для нашого прикладу: $S = \pm 1,5$ дня.

Середнє квадратичне відхилення завжди визначають у тих іменованих числах, у яких представлені конкретні вимірювані варіанти та середня. Воно характеризує абсолютну міру варіації - чим більш мінливий, розсіяний ряд, тим "5" буде більше. Чим більше варіюють індивідуальні значення варіант, тим менш точно характеризується варіаційний ряд за допомогою середньої арифметичної.

Практична значимість середнього квадратичного відхилення (сигми) базується на теорії нормального розподілу варіант, згідно з якою їх відхилення від середнього значення в ту чи іншу сторону зустрічаються рівнозначно. Переважна більшість явищ при практичному аналізі медико-біологічних даних мають нормальний розподіл. Теорією статистики доведено, що в нормальному варіаційному ряду знаходиться шість середніх квадратичних відхилень - рівномірно по три з кожного боку від середньої.

Виходячи із значення середньої арифметичної (\bar{X}) та середнього квадратичного відхилення (S) при симетричному ряді розподілу можна стверджувати з відомим ступенем вірогідності, що певне число варіант буде знаходитись у визначених межах. Згідно з теорією математичної статистики, що доведено на великих числах спостережень, у межах ($\bar{x} \pm 1S$) будуть мати місце не менше 68,3 % всіх варіант даної сукупності. За межами даного інтервалу може бути до 31,7 % всіх спостережень. В межах ($\bar{X} \pm 2S$) будуть розташовані близько 95,5 % всіх варіант. Практично весь варіаційний ряд - 99,7 % варіант знаходиться в діапазоні ($\bar{x} \pm 3S$). Окремі варіанти - до 0,3 % досліджуваної сукупності можуть не відповідати загальному характеру розподілу та випадати з нього внаслідок занадто низького чи високого рівня ("вискакуючі" варіанти).

Закономірностями розподілу частот варіаційного ряду можна скористатися при вирішенні практичних завдань. Для наведеного вище прикладу планова доопераційна середня тривалість госпіталізації в лікарні № 1 складає ($3,1 \pm 0,3$) дні. Аналіз 200 випадків лікування дозволяє зробити такий висновок: близько 68,3 % хворих (136 чоловік) матимуть тривалість доопераційного періоду в

середньому 2,8-3,4 дні ($x \pm 15$). У 95,5 % хворих (округлено 190 пацієнтів) він становитиме 2,5-3,7 дня ($X \pm 25$). Інтервал 2,2-4,0 дні ($X \pm 35$) описуватиме тривалість доопераційного періоду практично для всіх обстежених хворих.

Узагальнення представленої матеріалу дозволяє зробити висновок про можливість практичного використання середнього квадратичного відхилення:

- для визначення амплітуди ряду;
- відновлення крайніх його значень;
- визначення ймовірного числа спостережень в певних інтервалах.

Наведені критерії розподілу ознак ("сигмальна оцінка") використовують для індивідуальної оцінки показників фізичного розвитку, визначення норм клінічних та фізіологічних параметрів. Інтервал оцінки показників у межах ($X \pm 15$) в більшості випадків визначає їх середній рівень; в межах ($X \pm 25$) - вище чи нижче середніх; в межах ($X \pm 35$) — дуже високі, чи дуже низькі рівні показників.

Оцінка середнього квадратичного відхилення залежить не тільки від ступеня варіації ознаки, але й від абсолютних рівнів варіант та середньої. Тому безпосередньо порівнювати середні квадратичні відхилення варіаційних рядів з різними рівнями і одиницями виміру, які характеризують неоднорідні явища (довжина у см, вага у кг), не можна. Для можливості такого зіставлення необхідно визначити для кожного ряду відношення середнього квадратичного відхилення (сигми) до середньої арифметичної у відсотках, тобто визначити *коефіцієнт варіації*, мінливості (С). Він є відносною мірою варіабельності, яка виражається в абстрактних, а не іменованих числах, критерієм надійності середньої величини і визначається за формулою:

X

Чим вищий коефіцієнт варіації, тим більша варіабельність даної ознаки. Наприклад, визначили, що після дозованого навантаження середня частота пульсу в обстежених складала $X = 90$ уд./хв., $S = 8$ уд./хв., а артеріальний тиск $X = 135$ мм рт. ст., $S = 7$ мм рт. ст.

Коефіцієнт варіації для першого (за частотою пульсу) ряду:

$$C = \frac{8}{90} \cdot 100 = 8,89\%$$

Коефіцієнт варіації для другого (за артеріальним тиском) ряду:

$$C = \frac{7}{135} \cdot 100 = 5,18\%$$

Для даного прикладу артеріальний тиск є більш сталою ознакою, ніж частота пульсу. Таким чином, коефіцієнти варіації дають більш точну оцінку мінливості явищ та визначають найбільшу (найменшу) варіабельність їх ознак.

Орієнтовними критеріями оцінки варіабельності за його коефіцієнтом можна вважати: низький рівень - до 10 %; середній рівень - 10-20 %, високий рівень - вище 20 %. Високий рівень коефіцієнта свідчить про невисоку точність узагальнюючої характеристики середньої величини, одним із шляхів підвищення якої є збільшення числа спостережень.

Контрольні питання

1. Що таке середня величина в статистиці? Які види середніх величин ви знаєте?
2. Яким вимогам повинен відповідати матеріал дослідження при визначенні середніх величин?
3. Які основні властивості середньої арифметичної?
4. Які особливості визначення середньої величини в простих та згрупованих варіаційних рядах?
5. Які існують види варіаційних рядів, їх складові елементи?
6. Які етапи складання згрупованого варіаційного ряду?
7. Що таке мода, медіана?
8. Які параметри характеризують варіаційний ряд?
9. Що таке варіація ознаки, якими показниками вона вимірюється?
10. Яка методика обчислення середнього квадратичного відхилення?
11. Практичне використання середнього квадратичного відхилення.
12. Практичне значення коефіцієнта варіації.

3.6. Оцінка вірогідності результатів дослідження

Вивчення будь-якої проблеми, звичайно, супроводжується необхідністю дати відповідь на ряд питань щодо вірогідності отриманих результатів:

1. Чи завжди потрібно оцінювати їх вірогідність?
2. Наскільки вірогідним є розподіл певної ознаки в даній сукупності - чи достовірним є отриманий показник?
3. Чи відображає розподіл певного параметра в досліджуваній групі аналогічний розподіл параметра в генеральній сукупності (серед всіх хворих)?
4. Чи суттєва різниця між аналогічними показниками в різних групах (хворих, населення та інших)?

Необхідність оцінки вірогідності отриманих результатів визначається об'ємом дослідження. Вона не проводиться при суцільному дослідженні (для аналізу відібрано всі можливі одиниці спостереження), оскільки для всієї (генеральної) сукупності можна отримати тільки одне значення певного показника. Проте в системі медико-біологічних досліджень (крім даних офіційної статистики) рідко використовують суцільні методи збору інформації - переважна частина досліджень є вибірковими.

При проведенні вибіркового дослідження ми можемо зустрічатися з загальними похибками та похибками вибірки. Загальні похибки можуть мати як систематичний характер (методичні, недоліки вимірювальної апаратури), так і випадковий (помилки дослідника). Похибки вибіркового спостереження пов'язані з відбором його одиниць. Це похибки типовості, репрезентативності.

В процесі аналізу розраховані показники (середня тривалість лікування, частота ускладнень, рівень летальності та інші) розглядають як узагальнюючі величини. Якщо результати отримано на основі достатнього за кількістю та якісно однорідного матеріалу, то можна вважати, що вони досить точно характеризують досліджувані явища.

Наприклад, при вивченні ефективності нового методу лікування, апробованого на 400 хворих, встановлено, що у 12 з них виникли ускладнення. Частота їх складає 3 %. Значення узагальнюючого результату полягає в тому, що при проведенні аналогічних вибіркового досліджень, або для оцінки всієї сукупності хворих з даною патологією (генеральної сукупності) ми могли б передбачити отримання аналогічних даних. Проте не виключена ситуація, коли при проведенні повторних досліджень показник, який був визначений шляхом вибіркового спостереження, в незначній мірі може відрізнятись від результату суцільного спостереження.

Отже, оцінити вірогідність результатів вибіркового дослідження означає визначити, в якій мірі зроблені для нього висновки (результати) можна перенести на генеральну сукупність. Тобто, за частиною явища міркувати про явище в цілому та основні притаманні йому закономірності.

Для оцінки вірогідності результатів будь-яких вибіркового досліджень визначають середню похибку відносної (m_p) чи середньої величини (m_x).

Середня похибка для відповідних показників при значному числі спостережень ($n > 30$) може бути розрахована за наступними формулами:

$$m_x = \frac{s}{\bar{x}} \quad \sim \text{середня похибка середньої величини};$$

$$m_p = \frac{1}{n} \sqrt{\frac{P}{q}} \quad - \text{середня похибка відносної величини};$$

де: s - середнє квадратичне відхилення;

n - число спостережень у вибірковій сукупності. При малому числі спостережень ($n < 30$) в знаменнику замість n використовується $n-1$.

P - відносний показник;

q - величина, зворотна до показника, тобто вірогідність того, що дане явище не буде зареєстровано. Сума двох протилежних вірогідностей дорівнює одиниці: $P + q = 1$. Якщо показник розраховано на 100 (%), то

$$q = 100 - P, \text{ якщо на } 1000 (\text{‰}), \text{ то } q = 1000 - P \text{ і т.д.}$$

Для наведеного вище прикладу середня похибка показника становить:

Середня похибка відображає розміри випадкових коливань показника при вибіркових дослідженнях і залежить від числа спостережень та якісних характеристик явища. Чим більше число спостережень та чим одноріднішою є відібрана для аналізу група, тим менші межі ймовірних випадкових коливань показника.

Середня похибка дозволяє визначити *довірчі межі*, в яких з певною ймовірністю знаходиться істинне значення показника. Інтервал, розташований між ними, носить назву *довірчого інтервалу*.

Довірчі межі середньої та відносної величин визначають за формулою:

$$X_{\text{ген}} = X_{\text{виб}} \pm t m_{\bar{X}}; \quad P_{\text{ген}} = P_{\text{виб}} \pm t m_p \text{ де:}$$

1) $X_{\text{ген}}$ та $P_{\text{ген}}$ - значення середніх та відносних величин для генеральної сукупності;

2) $X_{\text{виб}}$ і $P_{\text{виб}}$ - значення середніх та відносних величин, розрахованих для вибіркової сукупності;

3) $m_{\bar{X}}$ і m_p - середні похибки відповідних показників (похибки репрезентативності);

4) t - критерій вірогідності або довірчий критерій. Він може бути заданий з різними ступенями точності і залежно від імовірності безпомилкового прогнозу складати $i = 2$ і $i = 3$.

Межі вірогідності (довірчі межі) ($P \pm 2t$) (при $t = 2$) дають можливість визначити межі коливання показника з імовірністю 95,5 % ($p = 0,05$), а довірчі межі ($P \pm 3t$) (при $t = 3$) дають можливість визначити межі коливання показника з імовірністю 99,7 % ($p = 0,01$). Імовірність безпомилкового прогнозу і довірчий критерій визначають на етапі планування статистичного дослідження.

При заданих ступенях імовірності довірчий критерій (t) має незмінну величину, а довірчий інтервал залежить від величини середньої похибки (m), значення якої зменшується при збільшенні числа та якісного складу спостережень.

Для нашого прикладу, при використанні наведеного методу лікування частота ускладнень для генеральної сукупності з імовірністю 95,5 % ($i = 2$) може знаходитись в межах: $P_{\text{ген}} = P_{\text{виб}} \pm i t = 3,0 \pm 2 \cdot 0,85 \% = \text{від } 1,3 \% \text{ до } 4,7 \%$.

З імовірністю 99,7 % довірчий інтервал складатиме від 0,45 % до 5,55 %.

Практична цінність використання середньої похибки середньої чи відносної величини полягає не тільки у визначенні довірчих меж певного показника, але й в оцінці його суттєвості (вірогідності). Якщо вона досить велика, ми можемо отримати значення довірчого інтервалу в діапазоні, який не підлягає логічній оцінці. Наприклад, при використанні певної методики вигодовування новонароджених приріст маси тіла склав (800 ± 300) грам. Довірчий інтервал при вірогідності безпомилкового прогнозу 99 % складатиме від -100 до 1700 грам. Отже, наявність від'ємного результату не дозволяє в повній мірі за даним показником оцінити ступінь впливу даної методики на приріст маси тіла новонароджених.

У вказаній ситуації для підвищення вірогідності оцінки необхідно зменшити довірчий інтервал шляхом збільшення числа спостережень i , відповідно, зменшення середньої похибки показника. Суттєвість (вірогідність) показника визначається на основі співвідношення між абсолютним його значенням та середньою похибкою, яке повинно бути не менше трьох - $P/m_p \geq 3$.

В медико-біологічних дослідженнях часто виникають ситуації, коли при порівнянні окремих параметрів необхідно оцінити суттєвість різниці між ними. Суттєва різниця між окремими показниками вибіркового дослідження свідчить про можливість перенесення отриманих висновків на генеральну сукупність. Критерієм оцінки суттєвості різниці є *коефіцієнт вірогідності* (критерій Стьюдента¹), який визначають за формулою:

$$X_1 - X_2$$

для середніх величин;

←

$$m_1^2$$

- для відносних величин.

При великому числі спостережень ($n > 30$) різниця між показниками є суттєвою, якщо:

- 1) $i > 2$ (відповідає вірогідності безпомилкового прогнозу 95,5 %);
- 2) $i > 3$ (відповідає вірогідності безпомилкового прогнозу 99,7 %).

За умови $i < 2$ ступінь вірогідності безпомилкового прогнозу складає менше 95%. В цьому випадку ми не можемо стверджувати, що різниця між показниками є суттєвою.

Наприклад, в школі № 1 навчається 1200 дітей. Профілактичні щеплення проти грипу проведено 900 дітям. В наступному році захворіло 350, в тому числі 150-и з них не були зроблені щеплення. Для того, щоб порівняти і оцінити суттєвість різниці між рівнями захворюваності серед щеплених дітей, та тих, яким щеплення не проводились, необхідно:

1) визначити рівні захворюваності в школі № 1 серед першої (без щеплень) та другої (з щепленнями) груп. Вони складають, відповідно:

$$P_1 = 150 : 300 \cdot 100 = 50 \%$$

$$P_2 = (350 - 150) : 900 \cdot 100 = 22,2 \%$$

2) визначити середні похибки вказаних показників:

$$50,0 \cdot 50,0 \quad \text{''} \quad \text{'}$$

$$m_2 = \frac{22,2 \cdot 77,8}{\sqrt{900}} = 1,4$$

¹ Закономірності t — розподілу ознак в сукупності, поняття про малі та великі вибірки пов'язано з дослідженнями Вільяма Госсета (1908), який друкував свої праці під псевдонімом Стьюдент

3) оцінити суттєвість різниці за критерієм Стюдента:

$$\bullet \sqrt{1,4^2 + 2,9^2}$$

Висновок: різниця між показниками суттєва, оскільки $t > 3$, що відповідає рівню безпомилкового прогнозу 99,7 %.

Часто при клінічних чи експериментальних дослідженнях доводиться мати справу з малим числом спостережень (30 та менше): 5-6 лабораторних тварин, 10-12 хворих та інші. Якщо дослідження вірно організоване, відібрані однорідні групи, їх можна розглядати як вибірки з малим числом спостережень. Проте при малому числі спостережень ($n < 30$) оцінка вірогідності різниці між параметрами окремих груп проводиться на основі порівняння результату не з граничними значеннями критерію Стюдента, а з його табличними значеннями для відповідного числа спостережень ($n' = n_1 + n_2 - 2$). Якщо визначений t -критерій перевищує табличне значення чи дорівнює йому - різниця між показниками статистично доведена.

Критерій вірогідності (t) використовують при попарному порівнянні досліджуваних параметрів. Проте при проведенні статистичного аналізу іноді необхідно оцінити вірогідність різниці більшої від двох кількості показників клініко-статистичних груп. Попарне порівняння їх не дозволяє отримати узагальнюючу оцінку. В іншому випадку необхідно провести порівняння сукупності не тільки за узагальнюючими показниками, а й за характером розподілу ознак в досліджуваних групах.

У вказаних ситуаціях найбільш доцільним є використання критерію відповідності - χ^2 (критерій Пірсона), який визначають за формулою:

де

p - реальні частоти;

p_1 - теоретичні частоти.

В узагальненому вигляді практичне значення критерію відповідності (χ^2) полягає в наступному:

- оцінка вірогідності різниці між кількома порівнюваними групами при декількох можливих результатах з різним ступенем ймовірності (наприклад, три чи чотири групи хворих з різними методами лікування та їх наслідками - різною частотою ускладнень);

- визначення наявності зв'язку між двома факторами (залежність результатів лікування від віку хворих, важкості захворювання, зв'язок між важкістю патології новонароджених та станом їх фізичного розвитку);

- оцінка ідентичності розподілу частот у двох та більше сукупностях (аналогічність розподілу хворих за рівнем клінічних параметрів при різних ступенях тяжкості патології).

Основою методу є визначення суттєвості різниці (відхилень) фактичних даних від теоретичних (очікуваних). Розрахунок теоретичних даних базується на припущенні, що між порівнюваними групами за досліджуваними факторами різниця відсутня. Дане припущення визначається як "нульова гіпотеза".

На її основі визначають "очікувані" результати, і порівнюють їх з фактичними даними. Якщо різниця відсутня, можна зробити висновок, що "нульова гіпотеза" підтвердилась. При наявності відмінностей фактичних даних від теоретичного розподілу визначають суттєвість різниці між порівнюваними групами.

Оцінка результатів (χ^2) проводиться за спеціальною таблицею. Суттєвою вважається різниця в тому випадку, коли величина розрахованого коефіцієнта перевищує табличне значення при вірогідності не нижче 95 % (імовірність похибки менше 5 % - $p < 0,05$).

Методику розрахунку коефіцієнта відповідності розглянемо на прикладі оцінки впливу методу лікування на їх результати.

1. Наведемо фактичні результати за трьома методами лікування (табл. 1).

Таблиця 1

Результати лікування хворих за окремими методиками

Методики лікування	Всього хворих	Результати лікування - p (фактичні дані)		
		Хороші	Задовільні	Незадовільні
I	50	36	11	3
II	80	48	17	15
III	70	25	25	20
Всього	200(100%)	109	53	38

2. Розраховуємо "очікувані" результати згідно з "нульовою" гіпотезою, основою якої є припущення, що різниця між результатами лікування за окремими методиками відсутня. В цьому випадку за основу беремо загальний розподіл хворих, пролікованих всіма методами. Числова характеристика "нульової" гіпотези складає: хороші результати в цілому мали 54,5 %, задовільні - 26,5 % та незадовільні - 19 % хворих. Відповідно до вказаного розподілу визначають "очікувані" дані результатів лікування за окремими методиками (значення визначаємо в цілих числах) - табл. 2.

Таблиця 2

"Очікувані" дані результатів лікування за окремими методиками

Методики Лікування	Всього хворих	Результати лікування - p ₁ (очікувані дані)		
		Хороші	Задовільні	Незадовільні
I	50	27	13	10
II	80	44	21	15
III	70	38	19	13
Всього	200	109(54,5%)	53(26,5%)	38(19%)

3. Зіставимо фактичні та теоретичні дані (їх різницю) з розрахунком величини відхилення та врахуванням його напрямку (знаку) - табл. 3.

Таблиця 3

Розрахунок величини відхилення

Методики лікування	(p - p ₁)		
	хороші	задовільні	незадовільні
I	9 (36-27)	-2(11-13)	-7 (3-10)
II	4 (48-44)	-4 (17-21)	0(15-15)
III	-13 (25-38)	6 (25-19)	7 (20-13)
Всього	0	0	0

4. Розраховуємо квадрат відхилення теоретичних даних від фактичних та середній квадрат відхилення на одну "очікувану" групу. Даний етап розрахунку має такий вигляд у зв'язку з тим, що на основі фактичних відхилень неможливо визначити його сумарну величину, оскільки вона дорівнює нулю. При Піднесенні відхилень у квадрат визначаємо їх параметри для кожної групи (p - p₁)². З огляду на різне число хворих у досліджуваних групах величина відхилень може бути різною, тому квадрат їх ділимо на число відповідних спостережень кожної групи — (p - p₁)² : p₁ Провівши розрахунки, визначаємо (p - p₁)² та (p - p₁)² : p₁ (табл. 4).

Таблиця 4

Квадрат відхилення теоретичних даних від фактичних та середній квадрат відхилення

Методики лікування	(P-P.) ²			$\frac{(p - p_1)^2}{p_1}$		
	хороші	задовільні	незадовільні	хороші	задовільні	незадовільні
I	81	4	49	3	0,31	4,9
II	16	16	0	2,75	0,77	0
III	169	36	49	0,23	1,9	3,77
				Σ = 17,63		

5. Визначаємо χ^2 — підсумок результатів останнього етапу розрахунків. В нашому випадку $\chi^2 = 17,63$. Порівнюємо його з табличним значенням, враховуючи число ступенів свободи (n¹), які визначають за формулою:

$$n^1 = (5 - 1)(\gamma - 1), \text{ де}$$

5 - число груп хворих (для нашого прикладу - три);

γ - число результативних груп (три).

Число ступенів свободи n¹ = (3 - 1)(3 - 1) = 4. Отриманий результат перевищує табличні значення χ^2 для n¹ = 4 за всіма рівнями вірогідності. Отже, ми можемо зробити висновок про суттєвість (вірогідність) різниці та наявність зв'язку між показниками при різних методах лікування - "нульова гіпотеза" не підтвердилась.

3. Зіставимо фактичні та теоретичні дані (їх різницю) з розрахунком величини відхилення та врахуванням його напрямку (знаку) - табл. 3.

Таблиця 3

Розрахунок величини відхилення

Методи лікування	(p - p ₁)		
	хороші	задовільні	незадовільні
I	9 (36-27)	-2(11-13)	-7(3-10)
II	4 (48-44)	-4 (17-21)	0(15-15)
III	-13 (25-38)	6 (25-19)	7 (20-13)
Всього	0	0	0

4. Розраховуємо квадрат відхилення теоретичних даних від фактичних та середній квадрат відхилення на одну "очікувану" групу. Даний етап розрахунку має такий вигляд у зв'язку з тим, що на основі фактичних відхилень неможливо визначити його сумарну величину, оскільки вона дорівнює нулю. При Піднесенні відхилень у квадрат визначаємо їх параметри для кожної групи (p - p₁)². З огляду на різне число хворих у досліджуваних групах величина відхилень може бути різною, тому квадрат їх ділимо на число відповідних спостережень кожної групи - (p - p₁)² : p₁. Провівши розрахунки, визначаємо (p - p₁)² та (p - p₁)² : p₁ (табл. 4).

Таблиця 4

Квадрат відхилення теоретичних даних від фактичних та середній квадрат відхилення

Методи лікування	(p - p ₁) ²			$\frac{(p - p_1)^2}{p_1}$		
	хороші	задовільні	незадовільні	хороші	задовільні	незадовільні
I	81	4	49	3	0,31	4,9
II	16	16	0	2,75	0,77	0
III	169	36	49	0,23	1,9	3,77
				£=17,63		

5. Визначаємо χ^2 – підсумок результатів останнього етапу розрахунків. В нашому випадку $\chi^2 = 17,63$. Порівнюємо його з табличним значенням, враховуючи число ступенів свободи (n¹), які визначають за формулою:

$$n^1 = (5 - 1)(г - 1), \text{ де}$$

5 - число груп хворих (для нашого прикладу - три);

г - число результативних груп (три).

Число ступенів свободи n¹ = (3 - 1)(3 - 1) = 4. Отриманий результат перевищує табличні значення χ^2 для n¹ = 4 за всіма рівнями вірогідності. Отже, ми можемо зробити висновок про суттєвість (вірогідність) різниці та наявність зв'язку між показниками при різних методах лікування - "нульова гіпотеза" не підтвердилась.

Критерій відповідності не є абсолютно універсальним і має деякі недоліки:

- залежить від групування первинного матеріалу;
- важливе значення має однорідність наведених груп для попередження згладжування різниці між ними;
- величина χ^2 визначає наявність зв'язку, проте не виявляє його силу та характер;
- метод не визначає суттєвості різниці між окремими групами, тому іноді для парного порівняння груп необхідно додатково використовувати χ - критерій.

Контрольні питання

1. Що означає вираз "оцінити вірогідність результатів дослідження"?
2. З якою метою визначають середню похибку?
3. Що таке "довірчі межі"?
4. За якими критеріями визначають довірчий інтервал?
5. Як визначають вірогідність різниці між показниками?
6. В чому полягає практичне значення критерію відповідності (χ^2)?

3.7. Непараметричні критерії оцінки вірогідності результатів дослідження

Розглянуті в попередніх розділах статистичні параметри (середня арифметична, середнє квадратичне відхилення, коефіцієнт варіації, середня похибка), які використовують для аналізу варіаційних рядів, є його параметрами і вимагають представлення вихідних даних у кількісному вигляді. Проте при проведенні медичних досліджень досить часто доводиться використовувати методи статистичного аналізу даних, представлених у напівкількісному, напів'якісному та якісному вигляді. Сукупність статистичних методів, що дозволяють оцінити їх результати як в кількісному (числовому), так і в напівкількісному та якісному вигляді об'єднують в групу *непараметричних критеріїв* оцінки. Використання їх не потребує розрахунку параметрів варіаційного ряду. Тут має значення порядок розташування варіант в сукупностях. Статистична оцінка спостережень за допомогою непараметричних критеріїв, як правило, простіша, ніж оцінка параметричними методами та не вимагає громіздких розрахунків.

Переважає більшість параметричних статистичних методик передбачає наявність нормального розподілу варіант у досліджуваній сукупності. Але на практиці зустрічаються не тільки нормальні, але й інші види розподілу ознак. За наявності таких ситуацій використання параметричних критеріїв підвищує ймовірність помилок. Практичне застосування непараметричних критеріїв, не пов'язане з певною формою розподілу досліджуваних ознак, робить доцільним їх самостійне використання або в комплексі з параметричними.

Незважаючи на певну простоту методик, надійність непараметричних критеріїв досить висока. Вони можуть бути використані для оцінки вірогідності медико-біологічних результатів однієї сукупності, різниці двох та більше вибірових сукупностей.

Зважаючи, що одним із найбільш важливих розділів їх використання є оцінка вірогідності різниці порівнюваних спостережень, весь комплекс вказаних методик можна розподілити на дві групи: 1) непараметричні критерії оцінки вірогідності різниці у двох *взаємопов'язаних* сукупностях; 2) непараметричні критерії оцінки вірогідності різниці у двох *незалежних* сукупностях.

Першу групу використовують для оцінки вірогідності різниці за результатами, які отримані для однієї групи хворих протягом різних періодів (до лікування - після лікування, перший день - п'ятий день та інші). Порівняння їх результатів може бути проведено за критеріями знаків та Вілкоксона.

Критерій знаків дозволяє включати в аналіз до 100 пар спостережень і базується на підрахунку числа однонаправлених результатів при парному їх порівнянні.

В табл. 1 наведено динаміку швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) за 10-денний період лікування.

Таблиця 1

Динаміка швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ)

Хворі (№ п/п)	ШОЕ		Спрямованість різниці
	1 день	10 день	
1	13	23	+
2	22	15	-
3	16	18	+
4	20	14	-
5	19	11	-
6	25	13	-
7	23	12	-
8	20	13	-
9	17	18	+
10	18	18	=

Основні етапи розрахунку за критерієм знаків:

1. Визначення спрямованості різниці в порівнюваних групах результатів. Динаміка при цьому позначається відповідними знаками: +, -, =. З подальшого розрахунку виключають результати без динаміки (=).

2. Підрахунок числа спостережень з позитивними та негативними результатами. З 10 наведених зміни виявились у 9 хворих.

3. Підрахунок числа знаків, які рідше зустрічаються. Зниження ШОЕ (-) виявлено у 6 хворих, а приріст (+) зареєстровано в трьох випадках.

4. Порівняння меншого числа знаків (критерій 2) з табличними критичними значеннями для відповідного числа спостережень. Для $n = 9$ визначений критерій $2 = 3$ вище граничного табличного ($Z_{0,05} = 2$). Отже, не можна зробити висновок про суттєвість динаміки швидкості осідання еритроцитів — ймовірність похибки більше 5 % ($p > 0,05$).

T-критерій Вілкоксона передбачає можливість попарного порівняння від 6 до 25 пар спостережень. Його доцільно використовувати в тих випадках,

коли виявляються неоднозначні кількісні зміни досліджуваного параметра (зниження та підвищення). При цьому враховують не тільки спрямованість різниці, а і її величину.

Методика аналізу за Т-критерієм Вілкоксона наведена в табл. 2.

1. Визначається різниця в парах спостереження між кінцевим та початковим рівнями артеріального тиску.

2. Рангування отриманих результатів за величиною різниці між показниками без врахування спрямованості змін. Результати без динаміки виключають з подальшої оцінки. Якщо два результати мають однакові абсолютні значення змін, їх ранги визначають як півсуму порядкових номерів.

3. Підрахунок суми однозначних рангів (позитивних та негативних).

4. Оцінка за меншою сумою рангів шляхом порівняння визначеного Т-критерію з табличним значенням при відповідному числі пар спостережень.

Таблиця 2

Рівень артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу до та після лікування (мм. рт. ст.).

Хворі	Рівень артеріального тиску		Різниця	Ранг різниці	Сума рангів	Сума рангів
	до лікування	після лікування				
В.	210	175	-35	6,5	6,5	4
Д.	180	180	0	—		
К.	185	140	-35	6,5	6,5	
р.	160	185	+25	4		
Н.	175	145	-30	5	5	1
П.	190	150	-40	8	8	
А.	155	160	+5	1		
С.	180	160	-20	3	3	
Ю.	200	155	-45	9	9	
Т.	170	155	-15	2	2	
					T=40	T=5

Критерій Вілкоксона $T=5$ не перевищує табличного значення для даного числа спостережень - $n = 9$, $T_{0,05} = 6$. Отже, можна зробити висновок про суттєвість (статистичну вірогідність) динаміки артеріального тиску у хворих після лікування.

Друга група непараметричних критеріїв - критерії, що застосовують у випадку порівняння *незалежних сукупностей*. Типовими прикладами їх практичного використання є порівняння дослідної та контрольної груп хворих, результатів двох груп спостережень, що відносяться до різних захворювань чи ступенів важкості патології.

Для порівняння незалежних сукупностей використовують:

- серійний критерій;
- критерій Уайта;
- критерій Ван дер Вардена.

Але найбільш потужним в даній групі є критерій *Колмогорова-Смирнова* (λ^2), методика застосування якого наведена нижче (табл. 3):

Таблиця 3

Зміна радіоактивності крові опромінених тварин, що отримували (X) та не отримували (Y) лікування (умовні одиниці)

Варіанти по ряду X та Y	Частоти варіант по фупах		Накопичені частоти по групах		Накопичені частки по групах		Різниця	
	Px	Py	Sx	Sy	n_x	$\frac{S_y}{n_y}$	n_x	n_y
24	2	0	2	0	0,23	0	0,23	
26	3	0	5	0	0,56	0	0,56	
28	1	2	6	2	0,67	0,23	0,44	
30	1	1	7	3	0,78	0,34	0,44	
32	1	0	8	3	0,89	0,34	0,55	
34	1	1	9	4	1	0,45	0,55	
36	0	1	9	5	1	0,56	0,44	
38	0	1	9	6	1	0,67	0,33	
40	0	2	9	8	1	0,89	0,11	
	Nx=9	Ny=8						

1. Числові значення двох варіаційних рядів об'єднують в один варіаційний ряд, варіанти якого розташовують в порядку зростання.

2. Визначають частоти варіант для обох груп спостережень.

3. Визначають накопичені частоти для обох груп.

4. Визначають накопичені частки, для чого накопичені частоти діляться на число спостережень для кожної групи.

5. Розраховується різниця накопичених часток груп X та Y без врахування знаків.

6. Визначають максимальну різницю - D = 0,55 (графа 8, табл. 3).

7. Визначають критерій χ^2 за формулою:

$$\lambda^2 = D^2 \cdot \frac{n_x \cdot n_y}{9 + 8} = 0,55^2 \cdot \frac{9 \cdot 8}{17} = 1,28$$

8. Порівнюємо отриманий результат з граничним значенням критерію Колмогорова-Смирнова. Якщо λ^2 більше граничного значення, різниця між порівнюваними групами є суттєвою.

Для даного завдання $\lambda^2 = 1,28$. Порівнюючи отриманий результат з граничним значенням $\lambda^2_{0,05} = 1,84$ та $\lambda^2_{0,01} = 2,65$, робимо висновок про несуттєвість різниці між порівнюваними групами.

Контрольні питання

1. В яких випадках доцільно використовувати непараметричні критерії?
2. Які переваги мають непараметричні критерії?
3. Дайте характеристику незалежних та взаємопов'язаних сукупностей.
4. Які непараметричні критерії використовують для оцінки вірогідності різниці результатів дослідження у взаємопов'язаних сукупностях?
5. Які непараметричні критерії використовують для оцінки вірогідності різниці результатів дослідження у незалежних сукупностях?

3.8. Динамічні ряди

Окремі явища чи параметри, які вивчаються різними галузями медичної науки та практики, протягом часу часто змінюють свою інтенсивність. Ці зміни позначаються на розвитку явищ. Тому при їх вивченні необхідно врахувати величину та напрямок змін. Особливо велике значення для практичної охорони здоров'я має інформація про зміни, які притаманні демографічним процесам, захворюваності населення, діяльності закладів охорони здоров'я та інші. Адекватність спрямованості та реалізації практичних рекомендацій та заходів у значній мірі залежить від вірної оцінки їх характеру. Оскільки такі зміни часто є наслідком практичних оздоровчих заходів, аналіз їх дозволяє оцінити ефективність проведеної роботи.

Для охорони здоров'я практичний інтерес має і тенденція розвитку деяких явищ. Оцінка її на даний момент часто дозволяє передбачити зміни майбутньому і відповідно намітити та реалізувати необхідні практичні заходи.

Процес розвитку змін окремих явищ (в тому числі медико-соціальних) з часом в статистиці прийнято називати *динамікою*, для відображення якої будують відповідні ряди. Отже, *динамічний ряд* - це ряд статистичних величин, що відтворюють зміни явища у часі і розташовані в хронологічному порядку через певні проміжки часу.

Складовими елементами ряду динаміки є його рівні та показники часу (роки, квартали, місяці і т.д.) чи моменти (періоди часу). *Рівні ряду* - це величини, з яких складається динамічний ряд - розмір того чи іншого явища, досягнутий протягом певного періоду чи на певний момент часу.

Залежно від того, як рівні ряду відображають стан явища, динамічні ряди за своїм видом можуть бути :

- *Моментними* - величини ряду характеризують явище на будь-який певний момент часу (штати, ліжка на кінець календарного року, виявлені хворі при медичному огляді).

- *Інтервальними* - рівні ряду визначають за певний період часу (число випадків госпіталізації в стаціонар, число летальних випадків протягом року, число викликів швидкої допомоги протягом доби).

Для різних за характером інтервальних і моментних динамічних рядів виявляють деякі особливості рівнів. Оскільки рівнями інтервального ряду сумарний розмір явища за певний проміжок часу, то вони залежать від тривалості даного періоду часу і можуть бути представлені у вигляді підсумку. У моментних рядах рівні містять елементи повторного підрахунку (наприклад, чисельність населення України за даними переписів), тому підводити їх підсумок неможливо.

Величини, які вивчають в динаміці (рівні ряду), можуть бути представлені у вигляді абсолютних чисел, відносних (інтенсивні показники, співвідношення та середніх величин. За даним критерієм динамічні ряди можна розділити на ряди абсолютних, відносних та середніх величин.

Для аналізу динаміки не завжди доцільно використовувати абсолютні величини, оскільки їх зміна досить часто пов'язана зі зміною чисельності середовища чи основи для формування. Наприклад, зменшення числа випадків госпіталізації до стаціонару може бути пов'язане зі скороченням ліжкового фонду за відповідний проміжок часу, а не з фактичними показниками здоров'я населення.

Розгляд в динаміці екстенсивних показників (структури) у більшості випадків є недоцільним і може бути проведений тільки в особливих випадках, за умови чіткої інтерпретації та обов'язкового врахування змін в структурі всієї сукупності.

Залежно від відстані між рівнями динамічні ряди можна розподілити на рівновіддалені (рівномірні інтервали між датами) та нерівновіддалені (нерівномірні проміжки чи перервні періоди).

Характер основної тенденції досліджуваних процесів, представлених у вигляді динамічних рядів, ділить їх на *стаціонарні* та *нестаціонарні*. Якщо математично очікувані (прогнозовані) значення ознак та параметри їх стабільності (середнє квадратичне відхилення, коефіцієнт варіації) є постійними, не залежать від часу, то такий процес є стаціонарним. Дані ряди також називаються стаціонарними. Медико-соціальні процеси за часом, звичайно, не є стаціонарними, оскільки кожен з них містить в собі певну тенденцію розвитку.

Важливою умовою вірної побудови динамічного ряду і його подальшої характеристики є можливість зіставлення його окремих рівнів. Порівнюючи дані в динаміці, необхідно завжди пам'ятати про територіальне та якісне зіставлення результатів. Основними причинами, що утруднюють або роблять неможливим зіставлення рівнів динамічного ряду можна визначити:

- зміна одиниць вимірювання чи підрахунку (оцінка економічної ефективності роботи лікувально-профілактичних закладів в різних грошових еквівалентах на певні періоди - рублі, купони, гривні, У.О.);
- нерівномірна періодизація динаміки (кількісна - за роками, якісна - за соціально-економічними періодами, зміною пріоритетності різних типів закладів у структурі лікувально-профілактичної допомоги);
- зміна переліку об'єктів аналізу (перехід ряду лікувально-профілактичних закладів з одного підпорядкування до іншого);
- зміна територіальних меж областей, районів та інші.

За наявності вищевказаних умов проблему, звичайно, вирішують в процесі збору та обробки даних або шляхом їх перерахунку.

Методи медичної статистики дозволяють вимірювати розміри змін, що відбулись протягом певного періоду часу, та кількісно охарактеризувати спрямованість їх розвитку. З даною метою використовують наступні показники: абсолютний приріст, темп росту, темп приросту.

Абсолютний приріст - це різниця між даним рівнем ряду і тим, що взято за основу (попереднім, початковим). Абсолютний приріст може бути

як позитивним, так і негативним. Він відображає, на скільки одиниць в абсолютному виразі змінився рівень того чи іншого періоду порівняно з базовим. Один і той самий абсолютний приріст відносно різних вихідних рівнів може означати різний темп динаміки, тому необхідно визначити також у скільки разів рівень одного періоду є вищим чи нижчим рівня іншого періоду.

Темп росту - відношення даного рівня ряду до рівня, взятого за основу, виражене у відсотках. Дозволяє відповісти на питання: на скільки відсотків він збільшився чи зменшився. Якщо оцінка в динамічному ряду проводиться відносно до попереднього рівня, можна говорити про темпи росту, розраховані при змінній основі. При розрахунках, проведених відносно висхідного рівня, говоримо про показники, розраховані на постійну основу, які ще мають назву показників наочності.

Темп приросту — відношення абсолютного приросту за даний період часу до абсолютного рівня попереднього періоду, виражене у відсотках. Абсолютний приріст може бути позитивним чи негативним, а відповідно, темп приросту також може бути позитивним чи негативним.

Абсолютне значення 1 % приросту - відношення абсолютного приросту до темпу приросту. В певних ситуаціях, незважаючи на зниження темпу приросту, ми можемо відмічати одночасне збільшення значення 1 % приросту, який залежить від початкового рівня.

Способи розрахунку вказаних показників представлені на наступному прикладі.

Таблиця 1

Динаміка перинатальної смертності (на 1000 народжених)

Рік	Абсолютний рівень	Абсолютний приріст	Темп росту, %		Темп приросту, %
			при змінній основі	при постійній основі	
1991	14,3	—	—	100,0	—
1992	7,4	-6,9	51,7	51,7	-48,3
1993	12,8	5,4	173,0	89,5	73,0
1994	12,3	-0,5	96,1	86,0	-3,9
1995	12,2	-0,1	99,2	85,3	-0,8
1996	12,2	0,0	100,0	85,3	0,0
1997	12,2	0,0	100,0	85,3	0,0
1997	11,2	-1,0	91,8	78,3	-8,2

Спостереження, які проводять протягом тривалого часу, не завжди дають можливість виявити чітку тенденцію в динаміці певного явища. В подібних ситуаціях доцільним є застосування методів *вирівнювання динамічного ряду*, які поділяються на дві основні групи:

1. Згладжування, чи механічне вирівнювання окремих членів ряду з використанням фактичних значень сусідніх рівнів (зведення ряду до однієї основи,

метод усереднення по лівій та правій половині, метод укрупнення інтервалів, метод групової та ковзної середньої).

2. Вирівнювання з використанням кривої, проведеної між конкретними рівнями таким чином, щоб вона відображала тенденцію, притаманну ряду, і одночасно звільнила його від незначних коливань (вирівнювання за методом найменших квадратів).

Зведення ряду до однієї основи проводиться шляхом обчислення показників наочності. Динаміка в даному випадку виражається достатньо чітко.

Метод усереднення по лівій та правій половині {графічний метод}. Ряд розподіляється на дві частини. Для кожної його половини знаходять середнє арифметичне значення і проводять через отримані точки лінію на графіку.

Метод укрупнення (збільшення) інтервалів. Якщо розглядати певні медико-соціальні показники за ряд років, то внаслідок впливу різноманітних факторів можна відмітити зниження і підвищення окремих рівнів ряду. Це заважає виявити основну тенденцію розвитку певного явища. Тому для наочного представлення динаміки використовують метод, що базується на збільшенні періодів часу, до яких відносяться рівні ряду. Наприклад, щодобове число викликів швидкої допомоги можна замінити відповідним показником, визначеним за тиждень.

Метод ковзної середньої. Часто даний метод використовують при проведенні характеристики сезонних коливань. Особливість його полягає в тому, що проводиться заміна окремих рівнів ряду середніми значеннями, розрахованим з певного та сусідніх рівнів. Розраховують середній рівень для певного числа (частіше трьох) перших за порядком рівнів ряду, потім - середній рівень для аналогічного числа рівнів, але починаючи з другого, далі з третього і т.д. Таким чином, методика ковзної середньої дозволяє виявити тенденцію, яка була замаскована випадковими коливаннями показників.

Метод найменших квадратів. Дана методика базується на математичному законі - через ряд емпіричних точок можна провести тільки одну пряму лінію, яка відповідає вимозі: сума квадратів відхилень фактичних даних від вирівняних буде найменшою. За даним методом визначається лінія, яка найбільше підходить для емпіричних даних та дає характеристику спрямованості досліджуваного явища. Нею є парабола відповідного порядку. Для прикладу розглянемо вирівнювання по прямій (парабола першого порядку).

Рівняння прямої лінії має вигляд: $y' = a_0 + a_1x$, де x - порядковий номер року чи іншого періоду часу; y' - теоретичні рівні; a_0 - початковий рівень; a_1 - початкова швидкість ряду. Розрахунок по прямій за методом найменших квадратів спрощується відповідним підбором способу розрахунку часу (x) таким чином, щоб $S_x = 0$. За таких умов розрахунок параметрів a_0 та a_1 проводиться за формулами:

a -

де a_0 і a_1 - постійні параметри для підстановки їх в рівняння; p - число членів ряду; x - позначення одиниці часу.

Методика вирівнювання наведена на прикладі динаміки смертності немовлят в Україні за 1992-1998 роки (таблиця 2).

1. Беремо середній період часу за початок відліку (1995 рік). Час наведено в умовних одиницях від середини відліку (ряд x), $S_x = 0$.

2. Визначаємо постійну величину рівняння (a_0):

$$a_0 = \frac{Y_p}{p} = \frac{99,2}{7} = 14,17$$

3. Отримуємо добуток ряду Y на ряд X . Для 1992 року: $14,0 \cdot (-3) = -42,0$.

4. Значення ряду (x) підносимо до квадрата.

5. Визначаємо другу постійну величину рівняння (a_1):

$$a_1 = \frac{\sum xy}{\sum x^2} = \frac{-5,6}{28} = -0,2$$

6. Визначаємо вирівняні рівні ряду (Y):

$$Y_x = a_0 + a_1 x$$

$$Y_{-3} = 14,17 + (-0,2) \cdot (-3) = 14,77$$

$$Y_{-2} = 14,17 + (-0,2) \cdot (-2) = 14,57$$

$$Y_0 = 14,17 + (-0,2) \cdot 0 = 14,17$$

$$Y_1 = 14,17 + (-0,2) \cdot 1 = 13,97$$

Аналіз динаміки медико-соціальних явищ, визначення та характеристика головних тенденцій їх розвитку формують основу для подальшого прогнозування, визначення майбутніх розмірів рівня явища.

Таблиця 2

Динаміка смертності немовлят в Україні (%о)

Роки	Рівні ряду (y)	Умовний час (x)	xy	x ²	Вирівняні дані Y' _x
1992	14,0	-3	-42,0	9	14,77
1993	14,9	-2	-29,8	4	14,57
1994	14,5	-1	-14,5	1	14,37
1995	14,7	0	0	0	14,17
1996	14,3	1	14,3	1	13,97
1997	14,0	2	28,0	4	13,77
1998	12,8	3	38,4	9	13,57
	$\Sigma y = 99,2$		$\Sigma xy = -5,6$	$\Sigma x^2 = 28$	

Особливо актуальними питання прогнозування стають в умовах переходу на нову методологію обліку певних явищ, в період реформування системи охорони здоров'я. Прогнозування передбачає збереження основних закономірностей в майбутньому, таким чином, воно базується на екстраполяції. *Екстраполяція*, яка спрямована в майбутнє чи минуле, називається, відповідно, перспективною та ретроспективною.

Теоретичною основою поширення тенденції на майбутнє є інерційність основних соціальних, медичних, економічних процесів. Чим коротшим є термін екстраполяції, тим більш надійним та точним є прогноз. Залежно від того, які принципи та висхідні дані покладені в основу прогнозу, виділяють наступні елементарні *методи екстраполяції*:

- середнього абсолютного приросту;
- середнього темпу росту;
- вирівнювання рядів за певною аналітичною формулою, що є найбільш поширеним методом, методологічна основа якого наведена вище.

В процесі аналізу динамічних рядів іноді доводиться визначати деякі невідомі рівні всередині даного ряду, що має назву *інтерполяція*. Вона базується на принципах, аналогічних екстраполяції, проте ступінь точності прогнозування очікуваного результату, звичайно, значно вища.

Контрольні питання

1. Що таке динамічний ряд?
2. Дайте характеристику моментних та інтервальних динамічних рядів.
3. Що таке рівень ряду?
4. Які показники використовують для аналізу рядів динаміки?
5. Які Ви знаєте методи вирівнювання рядів динаміки?

3.9. Метод стандартизації

Об'єктивне зіставлення загальних інтенсивних показників можливе лише за умови якісної однорідності порівнюваних груп. Так, наприклад, показники летальності в двох опікових відділеннях можна порівнювати між собою за умови, що обидва стаціонари мають приблизно однаковий склад хворих за рядом основних параметрів — віком, статтю хворих, важкістю патології, термінами госпіталізації і т.д. Якщо їх склад відрізняється, порівняння загальних інтенсивних показників, які дають характеристику сили та поширеності явища, ускладнено. При цьому на величину загального інтенсивного показника впливає склад оцінюваної клініко-статистичної групи. Ігнорування впливу складу досліджуваних груп населення на рівні смертності, народжуваності, захворюваності в окремих регіонах може призвести до хибних висновків.

При проведенні клінічних досліджень із вивчення ефективності певного методу лікування також необхідно формувати однорідні в порівнянні групи.

Статистичний метод, що дозволяє виключити вплив неоднорідності складу порівнюваних груп на досліджувані загальні показники називається *методом стандартизації*. При використанні його розраховують стандартизовані (умовні) показники, які могли б бути за умови однакового складу населення в порівнюваних групах.

Практична значимість методу стандартизації:

- дозволяє порівняти частоту однотипних явищ у неоднорідних групах;
- дозволяє оцінити вплив досліджуваного фактора на величину загальних показників.

Оцінка впливу певного фактора на величину загальних інтенсивних показників базується на динаміці співвідношення даних показників за умови змін в складі досліджуваних груп. Якщо умовна зміна складу порівнюваних груп за певним критерієм призводить до зміни співвідношення загальних інтенсивних показників (зміну знаку між ними), то це дає можливість зробити висновок про значимість (вплив) даного чинника для оцінки рівнів досліджуваних показників.

Існує три методи стандартизації: *прямий, опосередкований та зворотний*. Вибір будь-якого з методів визначається формою представлення первинного матеріалу, зручністю та швидкістю розрахунків, даними попередніх досліджень. Прямий метод використовують при наявності даних про склад населення та склад досліджуваного явища за певними параметрами (віком, професіями, термінами госпіталізації, тяжкістю захворювання і т.д.). Відсутність даних про розподіл певного явища, або незначна чисельність груп при даному розподілі, що знижує вірогідність погрупових показників, є умовами для використання опосередкованого методу стандартизації. Відсутність даних про склад населення обумовлює необхідність використання зворотного методу.

Найбільш поширеним в медико-біологічних дослідженнях є прямий метод стандартизації.

Розглянемо методику його реалізації на прикладі частоти ускладнень після опіків у хворих з різними ступенями тяжкості патології (індекс тяжкості опіків, наведений в умовних одиницях), що лікувалися в різних стаціонарах. Щоб оцінити рівень якості лікування у двох стаціонарах, необхідно виключити неоднорідність складу хворих за цим індексом (табл. 1).

Порівняння загальних показників частоти ускладнень у двох стаціонарах дозволяє зробити висновок про більш високу частоту ускладнень в стаціонарі Б. Проте в стаціонарі Б вища питома вага хворих з високими індексами тяжкості патології, що, відповідно, може обумовлювати високу частоту ускладнень. Враховуючи неоднорідність складу хворих в досліджуваних стаціонарах, для визначення істинного співвідношення частоти ускладнень та оцінки якості медичної допомоги в обох відділеннях необхідно порівняти склад хворих за ступенем тяжкості патології. Розрахунок проводиться за наступною схемою:

/ етап - розрахунок погрупових та загальних інтенсивних показників (табл. 1).

Таблиця 1

Частота ускладнень при опіках в стаціонарах А і Б (І етап)

Індекс тяжкості (умовні одиниці)	Стаціонар А		Стаціонар Б		Частота ускладнень	
	число хворих	з них з ускладненнями	число хворих	з них з ускладненнями	стаціонар А (%)	стаціонар Б (%)
До Ю	250	20	300	22	8,00	7,33
11-20	450	42	450	41	9,33	9,11
21-30	120	22	250	45	18,33	18,0
31-40	85	25	220	60	29,41	27,27
Більше 40	30	15	100	44	50,0	44,0
Всього	935	124	1320	212	13,26	16,06

// етап — вибір та розрахунок стандарту.

Стандартом є склад порівнюваних груп (в нашому випадку хворих з опіками), які умовно беруться однаковими в порівнюваних групах. За стандарт можна взяти: 1) склад однієї з порівнюваних груп; 2) сумарний або середній склад обох груп; 3) відомий склад будь-якої іншої групи. В нашому прикладі за стандарт беремо сумарний склад хворих за тяжкістю патології в обох досліджуваних стаціонарах, припускаючи, що склад хворих за тяжкістю патології в обох стаціонарах відповідає розподілу, обраному за стандарт (табл. 2).

Таблиця 2

Розрахунок за прямим методом стандартизації (II етап)

Індекс тяжкості	Число хворих			
	число хворих (стаціонар А)	число хворих (стаціонар Б)	сумарно в обох стаціонарах	розподіл за стандартом
До 10	250	300	550	24,4
11-20	450	450	900	39,9
21-30	120	250	370	16,4
31-40	85	220	305	13,5
Більше 40	30	100	130	5,8
Всього	935	1320	2255	100,0

/// етап — розрахунок "очікуваного" числа хворих за стандартом.

Кожен з досліджуваних стаціонарів має фактичні частоти ускладнень серед хворих з різним ступенем тяжкості патології. На даному етапі аналізу можна визначити, яке число хворих з ускладненнями може бути виявлено в них за умови стандартизованого (однакового) розподілу хворих. Розрахунок ведеться за наступною схемою: яке число хворих з ускладненнями могло б бути на 24,44 хворих з індексом тяжкості до 10 в групі стандарту, якщо фактична частота ускладнень в даній групі в стаціонарі А складає 8 випадків на 100 хворих і в стаціонарі Б - 7,3 випадки на 100 хворих.

Повний розрахунок "очікуваного" числа хворих відповідно до стандарту наведено в табл. 3.

Стационар А	Стационар Б
8,0-100	7,3-100
x - 24,44	x - 24,44
x = 1,95	x = 1,78

IV етап - обчислення стандартизованих показників (табл. 3).

На цьому етапі знаходимо підсумок результатів, розрахованих на попередньому етапі за всіма групами для відповідних стаціонарів. Сума "очікуваних" чисел є стандартизованими за індексом тяжкості показниками частоти ускладнень для обох стаціонарів.

Вони складають: для стаціонару А - 15,54; для стаціонару Б - 14,60 випадки на 100 хворих.

Таблиця 3

Розрахунок за прямим методом стандартизації (III та IV етапи)

Індекс тяжкості	Частота ускладнень		Розподіл за стандартом	Число хворих з ускладненнями за стандартом	
	стаціонар А (%)	стаціонар Б (%)		стаціонар А	стаціонар Б
До 10	8,00	7,33	24,4	1,95	1,79
11-20	9,33	9,11	39,9	3,72	3,63
21-30	18,33	18,0	16,4	3,00	2,95
31-40	29,41	27,27	13,5	3,97	3,68
Більше 40	50,0	44,0	5,8	2,90	2,55
Всього	13,26	16,06	100,0		
IV етап				15,54	14,60

ВИСНОВОК. За умови однакового складу хворих за індексом тяжкості патології при опіках в обох стаціонарах частота ускладнень була б вищою в стаціонарі А. Отже, рівень якості лікувально-профілактичної допомоги вищий в стаціонарі Б. Високий фактичний рівень частоти ускладнень в стаціонарі Б, визначений на I етапі, можна пояснити більшою частотою госпіталізації хворих з високими індексами тяжкості патології. Зміна співвідношення між фактичними та стандартизованими показниками свідчить про вплив досліджуваного фактора на рівні загальних інтенсивних показників - частота ускладнень при опіках залежить від складу хворих за індексом тяжкості в досліджуваних стаціонарах.

Практичне порівняння розрахунків, проведених за різними методами стандартизації дозволяє зробити висновок про високу точність результатів при прямому та опосередкованому та дещо меншу їх точність при зворотному методі стандартизації.

Контрольні питання

1. В яких випадках використовують стандартизовані показники?
2. В чому полягає практична значимість методу стандартизації?
3. Які існують методи стандартизації?
4. Як проводиться оцінка стандартизованих показників?

ЗЛО. Кореляційно-регресійний аналіз

Всі зміни, що відбуваються в природі, є взаємопов'язаними та взаємообумовленими. Мінливість певної ознаки, як наслідок зміни інших параметрів, в свою чергу обумовлює мінливість інших ознак. Проте вказана залежність в окремих ситуаціях проявляється по-різному. Так, якщо зміна одного параметра на певну величину, завжди призводить до зміни іншого також на певну фіксовану величину, можна говорити про *функціональну залежність* між ними. Такий взаємозв'язок часто має місце при вивченні хімічних та фізичних явищ (закон Бойля-Маріотта), в математиці, геометрії (зміна радіуса на певну величину призведе до зміни довжини кола також на певну фіксовану величину).

В медико-біологічних дослідженнях залежність між окремими параметрами не має функціонального зв'язку - певному значенню одного параметра може відповідати декілька значень іншого, що можна визначити як *кореляційний зв'язок*. При зміні однієї ознаки неможливо абсолютно прогнозувати величину, на яку зміняться інші. Прикладом такої залежності є вага та зріст дітей, тяжкість патології та терміни лікування, концентрація шкідливих речовин в робочій зоні та рівень захворюваності працівників, число еритроцитів і вміст гемоглобіну та інші.

Визначення характеру зв'язку між певними параметрами проводять шляхом розрахунку коефіцієнта кореляції, який залежно від його характеру та форми представлення даних може бути розрахований різними методами.

1. Коефіцієнт парної кореляції відображає характер зв'язку двох ознак. Він може бути розрахованим при зіставленні двох рядів у вигляді рангового коефіцієнта кореляції (ρ) і лінійного коефіцієнта кореляції (r). Парний коефіцієнт кореляції дає характеристику узагальненого, "неочищеного" зв'язку між параметрами. При цьому можливий вплив інших факторів, які не враховуються, тому самостійна цінність парного коефіцієнта невисока і його розрахунок є одним з елементів кореляційно-регресійного аналізу.

2. Множинний коефіцієнт кореляції (R) - визначає взаємозв'язок між трьома та більше ознаками і показує ступінь впливу кожної з них.

3. Парціальний коефіцієнт кореляції (розрахунок проводиться на основі парних та множинного коефіцієнтів кореляції) - відображає "чистий" взаємозв'язок між конкретним фактором та рівнем здоров'я, виключаючи вплив інших.

Кореляційна залежність відрізняється за направленістю, силою та формою зв'язку (табл. 1).

Лінійність зв'язку має першочергове значення при попарному порівнянні факторів, але втрачає свою значимість при багатофакторних моделях. Направленість зв'язку визначається за алгебраїчним знаком коефіцієнта кореляції, сила зв'язку - за абсолютним значенням коефіцієнта кореляції. Якщо $r = 0$, можна говорити про відсутність зв'язку, а при $r = 1$ - про функціональний зв'язок між досліджуваними факторами.

Таблиця 1

Кореляційна залежність за направленістю, силою та формою зв'язку

Форма зв'язку

Прямолінійна - рівномірна зміна одного параметра відповідає рівномірним змінам іншого параметра (при незначних коливаннях) _____
 Криволінійна - рівномірна зміна одного параметра відповідає нерівномірним змінам іншого параметра (нерівномірність має певну закономірність) _____

Направленість зв'язку - визначається за знаком коефіцієнта кореляції

Прямий зв'язок (позитивний) - динаміка параметрів є однонаправленою - збільшення одного параметра обумовлює збільшення іншого (зростання екологічного навантаження обумовлює зростання рівня захворюваності населення) _____
 Зворотний зв'язок (негативний, від'ємний) - динаміка параметрів є різнонаправленою - збільшення одного параметра обумовлює зменшення іншого (при збільшенні віку дітей спотерігається зниження рівня захворюваності) _____

Сила зв'язку

Слабка $r = 0,01 - 0,29$ | Середня $r = 0,30 - 0,69$ | Сильна $r = 0,70 - 0,99$

Ранговий коефіцієнт кореляції (Спірмена) відноситься до непараметричних критеріїв оцінки взаємозв'язку. Особливість коефіцієнта - простота обчислення при недостатній точності дозволяє його використовувати для орієнтовного аналізу з проведенням швидких розрахунків, при визначенні даних у напівкількісному, описовому вигляді. Він базується на визначенні рангу кожного значення ряду. Методику розрахунку наведено на прикладі характеристики взаємозв'язку між рівнем перинатального ризику у вагітних та частотою післяпологових ускладнень (табл. 2).

Порядок розрахунків:

1. Визначаємо ранги для значень кожної величини ряду (x) та (y). Рангування обох рядів повинно бути однонаправленим, наприклад, від меншого до більшого.
2. Визначаємо відхилення значень першого ряду від другого (d_{xy}). Їх сума з врахуванням знаків повинна дорівнювати нулю.
3. Підносимо отримані результати до квадрата та визначаємо їх суму

Таблиця 2

Взаємозв'язок між рівнем перинатального ризику у вагітних та частотою післяпологових ускладнень

Перинатальний ризик (бали) x	Частота післяпологових ускладнень (%) y	Порядкові номери (ранги)		Різниця рангів $d_{xy} = x - y$	Квадрат різниці рангів d_{xy}^2
		x	y		
До 2	0,4	1	1	0	0
3-4	0,8	2	3	-1	1
5-6	0,6	3	2	1	1
7-8	1,4	4	5	-1	1
9-Ю	1,3	5	4	1	1

4. Підставляємо отримані результати у формулу:

$$r = \frac{1 - \frac{6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}}{1 - \frac{1}{5(25 - 1)}} = +0,80$$

Висновок: між рівнем перинатального ризику вагітних та частотою післяпологових ускладнень виявлено сильний, прямий кореляційний зв'язок.

Похибка рангового коефіцієнта кореляції для нашого випадку ($n < 30$) визначається за формулою:

$$m = \sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}} = \sqrt{\frac{1 - 0,8^2}{5 - 2}} = 0,346$$

При великому числі спостережень ($n > 30$) середня похибка рангового коефіцієнта кореляції може бути визначена за формулою:

$$m_r = \frac{1 - r^2}{r}$$

Оцінка вірогідності коефіцієнта кореляції проводиться за тими ж принципами, що використовуються для інших показників з розрахунком критерію вірогідності (t) і врахуванням числа спостережень (число ступенів свободи варіаційних рядів $n' = n - 2$). Отримані результати порівнюють з табличними значеннями. Загалом, слід пам'ятати, що для оцінки вірогідності результатів коефіцієнт кореляції повинен перевищувати свою похибку не менше ніж в 2,5-3 рази при достатньому числі спостережень.

Для нашого випадку $m = 0,346$ і $t = r/m = 0,80/0,346 = 2,31$, що, відповідно, нижче граничних значень ($t = 3,2$ при $p < 0,05$). Отриманий результат (t) не дозволяє зробити висновок про вірогідність даного рангового коефіцієнта кореляції. Доцільним в даному випадку є використання більшого числа спостережень.

Спрощений метод оцінки рангового коефіцієнта кореляції передбачає порівняння його з критичним табличним значенням для відповідного числа пар спостережень. Коефіцієнт кореляції є значимим з вірогідністю похибки не вище 5 % ($p < 0,05$), якщо отриманий результат вище чи дорівнює табличному значенню. Для нашого прикладу для 5 пар спостереження табличне значення $r = 0,900$ (при $p < 0,05$), що вище фактичного значення. Отже, отриманий результат не можна вважати суттєвим.

Для розрахунку коефіцієнта прямолінійної кореляції існує багато методів. Вони визначаються метою, характером та об'ємом дослідження, наявністю обчислювальної техніки. Один з методів був запропонований К. Пірсоном, в науковій літературі відомий як лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона. Формула його розрахунку така:

$$r = -$$

де: x і y - варіанти порівнюваних варіаційних рядів; d_x і d_y - відхилення кожної варіанти від своєї середньої арифметичної.

Наприклад: визначити залежність між тривалістю паління (роки) та частотою виявлення хронічних бронхітів у молодому віці (до 29 років).

Таблиця 3

Тривалість паління (роки) (x)	Частота хронічних бронхітів (%) (y)	d_x	d_y		d_x^2	d_y^2
3	6,0	-3,5	-11,0	38,5	12,25	121,0
4	9,0	-2,5	-8,0	20,0	6,25	64,0
5	12,0	-1,5	-5,0	7,5	2,25	25,0
6	13,0	-0,5	-4,0	2,0	0,25	16,0
7	14,0	0,5	-3,0	1,5	0,25	9,0
8	21,0	1,5	4,0	6,0	2,25	16,0
9	26,0	2,5	9,0	22,5	6,25	81,0
10	35,0	3,5	18,0	63,0	12,25	324,0
$\Sigma=52$	$\Sigma=136$	$\Sigma d_x=0$	$\Sigma d_y=0$	$\Sigma d_x \cdot d_y=161$	$\Sigma d_x^2=42$	$\Sigma d_y^2=656$
$X_x=6,5$	$X_y=17$					

Розрахунок лінійного коефіцієнта кореляції:

1. Визначають середні значення для кожного ряду (\bar{X}_x, \bar{X}_y).
2. Визначають відхилення кожного із значень ряду від середньої величини d_x і d_y .
3. Підносять визначені відхилення до квадрата та визначають їх суми: $\Sigma d_x^2=42$ та $\Sigma d_y^2=656$.
4. Підставивши отримані значення у формулу Пірсона, отримаємо:

$$r = \frac{\Sigma d_x \cdot d_y}{\sqrt{\Sigma d_x^2 \cdot \Sigma d_y^2}} = \frac{161}{\sqrt{42 \cdot 656}} = 0,97$$

Висновок: між тривалістю паління в молодому віці та частотою хронічних бронхітів існує сильний прямий зв'язок.

Вірогідність отриманого результату визначимо за співвідношенням $t = r/m_r$, де m_r при малому числі спостережень ($n < 30$) дорівнює:

$$m_r = \frac{1}{\sqrt{n-2}} \sqrt{1-r^2} = 0,1$$

Для нашого випадку коефіцієнт вірогідності:

$$\frac{r}{m_r} = \frac{0,97}{0,1} = 9,7,$$

що значно вище гранично допустимих значень при вірогідності похибки $p < 0,05$.

При великому числі спостережень ($n > 30$) формула для розрахунку середньої похибки коефіцієнта кореляції має інший вигляд:

$$1 - r^2$$

Прямолінійний кореляційний зв'язок між параметрами характеризується тим, що кожному з однакових вимірів одного показника відповідає певне середнє значення іншого показника. Дану залежність можна описати *коефіцієнтом регресії*. Він показує, на яку величину в середньому зміниться другий параметр при зміні першого на певну одиницю виміру.

Розраховується коефіцієнт регресії за формулою:

$$R_{x/y} = r_{xy} \cdot \frac{\sigma_x}{\sigma_y}$$

де $R_{x/y}$ - коефіцієнт регресії ознак x по y ; r_{xy} - коефіцієнт кореляції; σ_x та σ_y - середні квадратичні відхилення рядів (x) та (y).

Розглянемо використання коефіцієнта регресії на прикладі.

При аналізі даних фізичного розвитку 7-річних хлопчиків отримані наступні параметри фізичного розвитку за зростом (X_x) та вагою (X_y):

$$X_x = 120,0 \text{ см}; \quad \sigma_x = 6,0 \text{ см} \quad \text{та} \quad X_y = 26,0 \text{ кг}; \quad \sigma_y = 2,2 \text{ кг}; \quad r_{xy} = 0,76.$$

Коефіцієнт регресії за даних умов складає:

$$\frac{\sigma_x}{\sigma_y} = \frac{6,0}{2,2}$$

Отже, при зміні зросту на 1 см вага хлопчиків в середньому зміниться на 0,28 кг. Визначений коефіцієнт регресії можна використати в рівнянні регресії при прогнозуванні ситуації - яка вага в середньому буде відповідати зросту хлопчиків 125,0 см:

$$y_x = X_y + R_{xy} \cdot (x - X_x) = 26 + 0,28 \cdot (125 - 120) = 27,4 (\text{кг})$$

Коефіцієнти регресії досить широко використовуються для побудови рівнянь регресії при розробці багатьох медико-соціальних та клінічних проблем, в тому числі для оцінки фізичного розвитку дітей та підлітків. Дані рівняння являють собою математичну модель, яка описує характер взаємозв'язку між досліджуваними параметрами. Це особливо актуально при побудові багатofакторних моделей і прогнозуванні рівнів результативного параметра системи при фіксованих рівнях окремих компонентів (показників).

Неведені вище методики розрахунку парних коефіцієнтів кореляції є основою і лише першим етапом багатofакторного кореляційного аналізу. Парні коефіцієнти показують характер зв'язку (загального, "неочищеного") між досліджуваними параметрами без врахування впливу інших факторів. Оцінка

"чистого" взаємозв'язку в багатофакторних моделях визначається на основі *парціальних коефіцієнтів кореляції*. Основою для їх розрахунку є парні коефіцієнти. *Множинний коефіцієнт* кореляції відображає зв'язок одночасно комплексу факторів з досліджуваним результативним фактором (клінічними показниками та ін.).

Ще одним параметром багатофакторного кореляційного аналізу є *коефіцієнт детермінації*, який відображає питому вагу (%) впливу факторів, що вивчаються (факторіальні ознаки), на рівень результативних ознак (показники здоров'я населення, клінічні показники та інші).

Методики практичної реалізації багатофакторного аналізу не розглядаються в даному розділі, тому що вони є досить об'ємними та широко наведені в спеціальній літературі. Враховуючи значні об'єми розрахунків, реалізація багатофакторного кореляційного аналізу не можлива без використання обчислювальної техніки. Дані методики реалізовані в багатьох пакетах прикладних програм: 5P53, STATISTICA, STADIA, AXUM, MULTIFAC, STATGRAPHICS plus, SAS та інших. Їх повноцінне використання в клінічних та медико-соціальних дослідженнях не можливе без знань основ медичної статистики.

Контрольні питання

1. Що таке кореляційний зв'язок, чим він відрізняється від функціонального?
2. Дайте характеристику форми, направленості та сили зв'язку.
3. Які методи використовують для розрахунку коефіцієнта кореляції?
4. Як визначається вірогідність коефіцієнта кореляції?
5. Що таке регресія?

3.11. Основи оцінки факторів ризику та прогнозування патологічних процесів

Незважаючи на значний розвиток сучасної медицини, до цього часу залишаються невідомими безпосередні причини багатьох захворювань або не можливо визначити значимість кожної з них за рахунок їх поліетіологічності. Необхідність практичного вирішення вказаних проблем стало основою активного розвитку теорії факторів ризику.

Досить частими в клінічній практиці є ситуації, що вимагають визначення оптимальної тактики ведення хворого, яка базується на прогнозуванні подальшого розвитку патологічного процесу, ймовірності загрозливих та термінальних станів. Типовим прикладом практичної реалізації даної методики є оцінка ризику перинатальної патології, яка широко використовується в акушерсько-гінекологічній практиці. При цьому залежно від бальної оцінки за певним переліком факторів формуються групи ризику та коригується план диспансерного спостереження за вагітними.

Зважаючи на багатоплановість даної проблеми, знайомство з теорією факторів ризику буде базуватись на однофакторному (попарне порівняння груп) чи багатофакторному підходах.

Відношення ризику, чи відносний ризик — це коефіцієнт, який дозволяє визначити ризик певних патологічних зрушень, пов'язаних із здоров'ям досліджуваних контингентів населення, хворих, порівняно з іншими групами, які відрізняються за певними якісними параметрами (демографічним складом, статтю, умовами праці і т.д.). Обов'язковим для оцінки є наявність двох груп, одна з яких - основна дослідна група - має першочерговий інтерес, а друга виступає в ролі контрольної (порівнюваної). Відношення між ризиком патології в основній дослідній (чисельник) та контрольній (знаменник) групах є відносним ризиком формування певного патологічного процесу в основній групі відносно до порівнюваної.

$$\text{Відносний ризик} = \frac{\text{ризик для основної групи}}{\text{ризик для контрольної групи}}$$

Маючи інформацію, наприклад, про рівні смертності населення працездатного віку за статтю від нещасних випадків, отруень та травм, ми можемо визначити відносний ризик смертності для чоловіків відносно до жінок. При цьому значення чисельника та знаменника повинні виражатись в одних одиницях. Якщо відносний ризик дорівнює 1,0, ми можемо зробити висновок про однаковий ризик смертності для обох порівнюваних груп. Показник більший 1,0 свідчить про підвищений ризик для групи, яка розташована в чисельнику за рахунок наявності певних потенціюючих факторів. Значення коефіцієнта менше 1,0 свідчить про знижений ризик для основної групи.

Наприклад, частота ускладнень (ризик ускладнень) після апендектомії при госпіталізації протягом 24 годин з моменту виникнення патології складає 2,1 %, а при госпіталізації в термін після 24 годин - 10,8 %. Отже, відносний ризик ускладнень при пізній госпіталізації складатиме: $10,8 : 2,1 = 5,14$. Це дозволяє зробити висновок про суттєвість впливу на нього зазначеного фактора. Загальноприйнятим критерієм суттєвості відносного ризику доцільно брати рівень 3 і вище.

Відносний ризик кількісно визначає взаємозв'язок (асоціацію) між впливом певного чинника (терміном госпіталізації, методом лікування, статтю, умовами праці) та видом патологічних зрушень, тому він також має назву *міра (ступінь) асоціації*.

Наведена вище методика оцінки має узагальнюючий характер і є тільки одним з елементів аналізу. Повноцінний аналіз прогнозування патологічних процесів, загрозливих станів, оцінки факторів ризику не можливий без багатфакторного підходу до вказаної проблеми, який базується на імовірнісному аналізі Вальда.

Методологія статистичної оцінки імовірності поряд з існуючими методами бальної оцінки є найбільш оптимальною для практичного використання. Вона полягає, наприклад, в проведенні оцінки ймовірності певного переліку симптомів при різних захворюваннях з подальшим розрахунком ймовірності кожного з можливих діагнозів. Вирішення даного завдання базується на основі

використання формули Байеса та основних її алгоритмів, що дає змогу розрахувати та оцінити вірогідність певного патологічного стану чи ускладнень за комплексом симптомів у конкретного пацієнта.

Обраний перелік симптомів та ознак не може бути довільним, а повинен складатися тільки з високо інформативних критеріїв, які є загальноприйнятими, чи відбір яких проводиться з залученням фахівців-експертів. Їх інформативність оцінюється за коефіцієнтом інформативності з використанням інформаційної міри Кульбака за наступною формулою:

$$P(x_j/A1) - P(x_j/A2)$$

де $J(x)$ - інформаційна цінність ознаки;

$P(x./A1)$ - умовна ймовірність інформаційної групи j ознаки x в сукупності досліджуваних хворих ($A1$);

$P(x./A2)$ - умовна ймовірність інформаційної групи j ознаки x в сукупності здорових $A2$ (контрольна група).

Групи високого ризику (за окремими видами патології, ускладненнями) формуються на основі розрахунку прогностичних коефіцієнтів (ПК) для кожної інформаційної групи. При цьому використовується розроблена А.А. Генкіним і Е.В. Гублером методика неоднорідної послідовної процедури, що базується на послідовному аналізі Вальда.

$$ПК(x_j) = 100 \lg \frac{P(x_j/A1)}{P(x_j/A2)}$$

де $ПК(x.)$ - прогностичний коефіцієнт інформаційної групи j ознаки x ;

$P(x./A1)$ - умовна ймовірність інформаційної групи j ознаки x в сукупності хворих з окремими ускладненнями ($A1$);

$P(x./A2)$ - умовна ймовірність інформаційної групи j ознаки x в контрольній групі $A2$.

В процесі аналізу весь первинний масив даних розподіляється на окремі однорідні сукупності за клінічними критеріями (формами патологічних проявів). Кожній сукупності повинна відповідати виділена в процесі аналізу контрольна група, якою можуть бути здорові особи чи хворі, що не мають відповідної патології.

Серед відібраних для аналізу ознак, крім клінічних факторів, може бути виділена група медико-соціальних чинників (вік, професійна група, сімейний стан, спадковість, шкідливі звички та інші), заключне використання яких в моделі факторів ризику обов'язково має бути комплексним.

Практичне застосування прогностичних коефіцієнтів доцільно проводити з використанням формалізованих облікових документів, де є інформація про наявність та характер конкретних чинників, рівню кожного з яких відповідає певне значення прогностичного коефіцієнта. Оцінка груп ризику проводиться на основі визначення суми окремих прогностичних коефіцієнтів, яка

порівнюється з табличними значеннями. Останні визначаються з врахуванням імовірності пропуску групи високого ризику на рівні не більше 5 % ($p < 0,05$) (похибка першого роду) та помилкового віднесення групи низького ризику до групи високого не більше 10-20 % ($p < 0,1-0,2$) (похибка другого роду). При досягненні верхнього порога за сумою прогностичних коефіцієнтів оцінювана група хворих може бути віднесена до контингенту високого ризику, а при досягненні нижнього - до контингенту мінімального ризику за досліджуваним чинником.

Числова межа між пороговими значеннями пропорційно ділиться на три приблизно рівні частини: групи зниженого ризику, середнього ризику, підвищеного ризику. Це дає можливість формувати прогностичні групи ризику з проміжними станами та більш диференційовано підходити до планування лікувально-профілактичних заходів.

Реалізацію даної методики можна представити на наступному прикладі.

Таблиця 1

Діагностична (прогностична) таблиця тяжких загрозливих станів у дітей при респіраторних гострих вірусних інфекціях та грипі

Ознака	Градація ознаки	Прогностичний коефіцієнт (ПК)	Коефіцієнт інформативності
Пульс	до 60	+58	2,8
	60-80	+41	
	81-100	+29	
	101-120	+4	
	121-160	-32	
	більше 160	+11	
Ціаноз	відсутній	-34	3,7
	периоральний	-45	
	розлитий	+27	
Колір шкіри	нормальний	-17	3,8
	гіперемія	-36	
	блідість	-22	
	мраморна	+15	
	геморагічна	+58	
Свідомість	нормальна	-20	2,5
	в'ялий	-6	
	збуджений	+25	
	кома 1	+45	
T ⁰ тіла	кома 2-3	+42	2,4
	до 36,0	+35	
	36,1-37,0	+16	
	37,1-38,0	-30	
	38,1-40,0	-10	
	більше 40,0	+40	

Судороги	немає, тремор поодинокі серійні	-28 +6 +20	2,1
		Оцінка порогової суми (Σ ПК)	

За значним переліком клінічних критеріїв, кожен з яких має відповідну градацію, розраховують прогностичні коефіцієнти та інформативність ознак. Для оцінки відбирають найбільш інформативні критерії (коефіцієнт інформативності більше 1). Для певної дитини з індивідуальною характеристикою оцінюваного комплексу параметрів визначають сумарний прогностичний коефіцієнт, який порівнюють з пороговим табличним значенням для визначається ймовірності розвитку загрозливого стану.

Практична цінність представленої методології моделювання та прогностичної оцінки патологічних процесів обумовлена її універсальністю, простотою та можливістю поетапного використання протягом будь-якого з періодів перебігу патології з внесенням коректив до лікарської тактики.

Контрольні питання

1. Що таке відносний ризик?
2. На чому базується теорія факторів ризику?
3. Що таке похибка першого та другого роду?

Додаток 1

Критичні значення коефіцієнта кореляції рангів (ρ) Спірмена (за В. Ю. Урбахом)

n	ρ		n	ρ		n	ρ	
	0,05	0,01		0,05	0,01		0,05	0,01
5	0,94	—	17	0,48	0,62	29	0,37	0,48
6	0,85	—	18	0,47	0,60	30	0,36	0,47
7	0,78	0,94	19	0,46	0,58	31	0,36	0,46
8	0,72	0,88	20	0,45	0,57	32	0,36	0,45
9	0,68	0,83	21	0,44	0,56	33	0,34	0,45
10	0,64	0,79	22	0,43	0,54	34	0,34	0,44
11	0,61	0,76	23	0,42	0,53	35	0,33	0,43
12	0,58	0,73	24	0,41	0,52	36	0,33	0,43
13	0,56	0,70	25	0,40	0,51	37	0,33	0,42
14	0,54	0,68	26	0,39	0,50	38	0,32	0,41
15	0,52	0,66	27	0,38	0,49	39	0,32	0,41
16	0,50	0,64	28	0,38	0,48	40	0,31	0,40

Таблиця значень критерію t (Стьюдента)

Вірогідність похибки (p) Число ступенів свободи п'	0,05 = 5%	0,01 = 1%	0,001 = 0,1%
1	12,70	63,66	637,59
2	4,30	9,92	31,60
3	3,18	5,84	12,94
4	2,78	4,60	8,61
5	2,57	4,03	6,86
6	2,42	3,71	5,96
7	2,36	3,50	5,31
8	2,31	3,36	5,04
9	2,26	3,25	4,78
10	2,23	3,17	4,59
11	2,20	3,17	4,44
12	2,18	3,06	4,32
13	2,16	3,01	4,22
14	2,14	2,98	4,14
15	2,13	2,95	4,07
16	2,12	2,92	4,02
17	2,11	2,90	3,96
18	2,10	2,88	3,92
19	2,09	2,86	3,88
20	2,09	2,84	3,85
21	2,08	2,83	3,82
22	2,07	2,82	3,79
23	2,07	2,81	3,77
24	2,06	2,80	3,75
25	2,06	2,79	3,73
26	2,06	2,78	3,71
27	2,05	2,77	3,69
28	2,05	2,76	3,67
29	2,04	2,76	3,66
30	2,04	2,75	3,64
∞	1,96	2,58	3,29

Додаток 3

Критичні значення 2-числа знаків, що рідше зустрічаються (за В.Ю. Урбахом)

r \ P	P		r	P		P	P	
	0,05	0,01		0,05	0,01		0,05	0,01
7	1	—	23	7	5	34	11	10
8	1	1	24	7	6	35-36	12	10
9-11	2	1	25	8	6	37-38	13	11
12-14	3	2	26-27	8	7	39	13	12
15-16	4	3	28	9	7	40-41	14	12
17	5	3	29	9	8	42-43	15	13
18-19	5	4	30-31	10	8	44-46	16	14
20	6	4	32	10	9	47-48	17	15
21-22	6	5	33	11	9	49-50	18	16

Нульова гіпотеза приймається при $z > z_{0,5}$ і не приймається при $z <$

Додаток 4

Критичні значення T-критерію Вілкоксона для взаємопов'язаних сукупностей (за В.Ю. Урбахом)

n	P		P	P		P	P	
	0,05	0,01		0,05	0,01		0,05	0,01
6	1	—	13	18	11	20	53	39
7	3	—	14	22	14	21	60	44
8	5	1	15	26	17	22	67	50
9	7	3	16	31	21	23	74	56
10	9	4	17	36	24	24	82	62
11	12	6	18	41	29	25	90	69
12	15	8	19	47	33			

Нульова гіпотеза приймається при $T > T_{\alpha}$ і не приймається при $T < T$

Таблиця значень критерію χ^2

Число ступенів свободи n'	Вірогідність похибки (p)			
		0,05	0,01	0,002
1		3,8	6,6	9,5
2		6,0	9,2	12,4
3		7,8	11,3	14,8
4		9,5	13,3	16,9
5		11,1	15,1	18,9
6		12,6	16,8	20,7
7		14,1	18,5	22,6
8		15,5	20,1	24,3
9		16,9	21,7	26,1
10		18,3	23,2	27,7
11		19,7	24,7	29,4
12		21,0	26,2	31,0
13		22,4	27,7	32,5
14		23,7	29,1	34,0
15		25,0	30,6	35,5
16		26,3	32,0	37,0
17		27,6	33,4	38,5
18		28,9	34,8	40,0
19		30,1	36,2	41,5
20		31,4	37,6	43,0
21		32,7	38,9	44,5
22		33,9	40,3	46,0
23		35,2	41,6	47,5
24		36,4	43,0	48,5
25		37,7	44,3	50,0
26		38,9	45,6	51,5
27		40,1	47,0	53,0
28		41,3	48,3	54,5
29		42,6	49,6	56,0
30		43,8	50,9	57,5

Таблиця значень критерію

Число ступенів свободи n'	Вірогідність похибки (p)			
		0,05	0,01	0,002
1		3,8	6,6	9,5
2		6,0	9,2	12,4
3		7,8	11,3	14,8
4		9,5	13,3	16,9
5		11,1	15,1	18,9
6		12,6	16,8	20,7
7		14,1	18,5	22,6
8		15,5	20,1	24,3
9		16,9	21,7	26,1
10		18,3	23,2	27,7
11		19,7	24,7	29,4
12		21,0	26,2	31,0
13		22,4	27,7	32,5
14		23,7	29,1	34,0
15		25,0	30,6	35,5
16		26,3	32,0	37,0
17		27,6	33,4	38,5
18		28,9	34,8	40,0
19		30,1	36,2	41,5
20		31,4	37,6	43,0
21		32,7	38,9	44,5
22		33,9	40,3	46,0
23		35,2	41,6	47,5
24		36,4	43,0	48,5
25		37,7	44,3	50,0
26		38,9	45,6	51,5
27		40,1	47,0	53,0
28		41,3	48,3	54,5
29		42,6	49,6	56,0
30		43,8	50,9	57,5

Розділ 4 ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

4.1. Чинники, що обумовлюють здоров'я населення.

Методи вивчення. Закономірності основних показників здоров'я

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я - збереження та зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих спеціалізованих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення.

В даному розділі будуть розглянуті визначення поняття "здоров'я" з точки зору індивідуального та популяційного підходів, фактори, що найбільш суттєво впливають на формування здоров'я, методи та показники оцінки здоров'я населення.

Особлива увага приділена аналізу медико-демографічної ситуації в Україні та сучасному світі, основним методам вивчення та тенденціям сучасного стану захворюваності населення. Окремі підрозділи присвячені медико-соціальним проблемам найважливіших неепідемічних захворювань.

Вивчення здоров'я населення та вплив на нього соціальних чинників - найважливіша складова частина соціальної медицини.

Існує багато визначень поняття "здоров'я". Наведемо деякі з них:

- енциклопедичний словник Брокгауза та Ефрона: "Здоров'я - це стан організму, всі частини якого нормально розвинені та правильно функціонують";
- словник Grand Larousse Encyclopedique (1962): "Здоров'я - стан індивіда, чий організм функціонує добре";
- Encyclopedia Britanica (1959): "Здоров'я - це стан фізичної міцності та благополуччя, при якому організм правильно виконує свої функції";
- А.Д. Степанов: "Здоров'я - це стан організму, при якому він здатний повноцінно виконувати свої функції";
- Ю.П. Лісцін: "Здоров'я - гармонійна єдність біологічних і соціальних якостей, обумовлених вродженими та набутими біологічними та соціальними чинниками (а хвороба є порушенням цієї єдності, цієї гармонії)".

Досить оригінальне визначення здоров'я дає академік В.П. Казначеев: "Здоров'я - це процес збереження та розвитку біологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній тривалості життя".

Як бачимо, є багато підходів до визначення здоров'я. Практично в кожному з них не враховуються ті чи інші важливі аспекти життєдіяльності людини,

групи людей, населення в цілому. Очевидно, що і не може бути якогось одного універсального, придатного на всі випадки життя визначення здоров'я.

Найбільш доцільним є такий підхід до визначення здоров'я, при якому враховуються різні цілі (мал. 1).

Загальнофілософський (норма для живого):

інтервал, у межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму

Здоров'я індивіда:

а) теоретичний підхід (ідеал):

стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани чи фізичні дефекти;

б) практичний підхід:

стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої функції

Мал. 1. Схема цільового підходу до визначення поняття "здоров'я".

Якщо мова йде про *здоров'я в загальнофілософському* плані, тоді цей термін є синонімом поняття "норма", широко вживаного в біології.

З точки зору *здоров'я окремої людини*, тобто індивідуального підходу, може бути два варіанти.

Перший - теоретичний, якщо визначати здоров'я людини як теоретично можливий ідеал, до якого варто прагнути, але який фактично важко досягти. В цьому плані найбільш придатним є *визначення, що дає Всесвітня організація охорони здоров'я*: "Здоров'я- це стан повного соціального, біологічного та психологічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні якісь захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти".

Другий варіант — практичний, коли треба дати відповідь, здорова чи хвора та чи інша людина. При цьому головним є здатність організму *повноцінно виконувати свої біологічні та соціальні функції*".

Коли мова йде про *популяційне здоров'я*, тобто здоров'я населення та окремих його груп, треба мати на увазі, що єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, регіону, країни, міста, району, області, немає. В цьому разі в світовій статистиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття "здоров'я" населення. Під цим розуміють *умовне статистичне поняття*, яке досить повно характеризується *комплексом показників*:

- *демографічних* (народжуваність, смертність, середня очікувана тривалість життя);

*фізичного розвитку;
захворюваності;
інвалідності;
частоти донозологічних станів (мал. 2).*

Здоров'я населення:

умовне статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом медичних показників:

1. Демографічних

(народжуваності, смертності, очікуваної тривалості життя та ін.)

2. Захворюваності

(загальної, інфекційної, госпітальної та ін.)

3. Фізичного розвитку

(морфо-функціонального та біологічного розвитку, гармонійності)

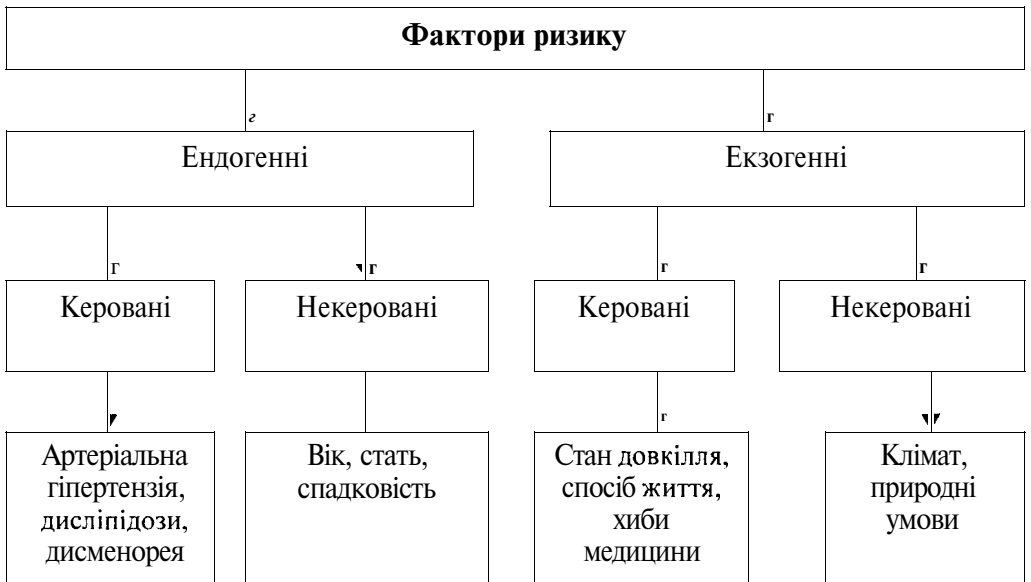
4. Інвалідності

(первинної та загальної)

5. Донозологічного стану

(імунітет, опірність систем, активність ферментів і ін.)

Мал. 2. Схема популяційного підходу до визначення поняття "здоров'я".



Мал. 3. Схема групування факторів ризику.

У формуванні рівня здоров'я населення велику роль відіграють так звані *фактори ризику*.

Фактором ризику хвороби чи смерті є ендогенний або екзогенний додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті. Ці фактори досить численні, умовно їх можна поділити на ендо- та екзогенні (мал. 3).

Дуже важливим аспектом соціальної медицини є відповідь на питання: *від яких факторів залежить здоров'я людей*.

За класифікацією американського вченого Роббінса, фактори, що впливають на здоров'я, можна розділити на 4 великі групи:

- спосіб життя;
- біологічні;
- стан навколишнього середовища;
- обсяг і якість медичної допомоги.

Інтенсивність впливу вказаних груп чинників коливається в значних межах (мал. 4).

Група факторів ризику	Частка впливу (%)
1. Спосіб життя паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідлива праця, стреси, гіподинамія, поганий побут, наркотики, неповна чи багатодітна сім'я, гіперурбанізація	51-52
2. Навколишнє середовище забруднені повітря, вода, їжа, ґрунт, рівень радіації, електромагнітні поля	20-21
3. Біологічні чинники спадковість, конституція, стать, вік	19-20
4. Медичні чинники щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8-9

Мал. 4. **Схема впливу на здоров'я населення факторів ризику** (Robbins, USA, 1980).

Перше місце за впливом на здоров'я населення в сучасних умовах відіграють *фактори способу життя*, на них припадає більше ніж 50 відсотків.

Із способом життя пов'язують такі поняття, як рівень життя (структура, рівень матеріальної забезпеченості в розрахунку на людину), якість життя (вимірювані параметри, що характеризують ступінь матеріальної забезпеченості людини), стиль життя (психологічні, індивідуальні особливості поведінки), уклад життя (національний, суспільний порядок, побут, культура).

Серед провідних факторів способу життя, що негативно впливають на здоров'я, слід назвати такі: паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, погані матеріально-побутові умови, вживання наркотиків; неміцна, неповна чи багатодітна родина; надмірний рівень урбанізації тощо.

На другому місці за силою впливу на здоров'я знаходяться *біологічні фактори* (стать, вік, спадковість, конституція). На них припадає близько 20 відсотків.

Третє місце посідають *фактори навколишнього середовища* (стан повітря, води, продуктів харчування, ґрунту, рівень радіації). Вплив цих факторів становить близько 20 відсотків.

Нарешті, *суто медичні фактори* - лікувально-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи (щеплення проти інфекційних захворювань, якість лікування та обстеження хворих тощо) - лише на 10 відсотків визначають стан здоров'я.

З наведених даних можна зробити *важливий висновок: найголовнішим напрямком зусиль щодо збереження та зміцнення здоров'я населення є покращання способу життя людей і стану навколишнього середовища.*

Про це, зокрема, свідчать результати дослідження, яке було проведено в 90-х роках у Каліфорнії. Вивчаючи життя близько 7 тисяч людей, вчені прийшли до висновку, що можна значно покращити рівень здоров'я, якщо люди будуть виконувати всього 7 рекомендацій: щоденний 7-8-годинний сон, 3-разове харчування в ті ж самі години без переїдання, щоденні сніданки, підтримка нормальної маси тіла, утримання від надмірного вживання алкогольних напоїв, щоденні фізичні вправи та повне утримання від паління.

В порядку експерименту людям порадили виконувати всі ці рекомендації. Були отримані такі результати.

Фізичне здоров'я населення, яке повністю дотримувалося цього режиму, було на рівні здоров'я людей, на 30 років молодших від тих, хто такого режиму зовсім не дотримувався.

Чоловіки у віці близько 45 років, що виконували 3 або менше рекомендацій з 7, жили до 67 років, а ті, що виконували 6 або 7 - до 78 років - на 11 років більше.

Схожі дані отримано стосовно жінок: 45-річні жінки, які виконували 3 або менше рекомендацій, доживали в середньому до 74 років, а ті, що виконували 6 або 7 - до 81 року, тобто на 7 років більше.

Звісно, що дуже важливу роль у збереженні та зміцненні здоров'я населення відіграють також *фактори навколишнього середовища*. Особливо це актуально для нашої країни, на території якої відбулася Чорнобильська катастрофа - найбільша техногенна катастрофа 20 століття.

Починаючи з середини 60-х років, розвинуті країни світу почали застосовувати комплексний показник — *коефіцієнт життєстійкості населення*, який визначається з урахуванням:

- середньої очікуваної тривалості життя;
- смертності немовлят;
- якості продуктів харчування;
- бюджетних витрат на соціальні, медичні та екологічні програми.

Критичне значення цього коефіцієнта знаходиться на рівні 1 бала, максимальне - 5 балів. Країн, які мали б максимальний коефіцієнт життєстійкості за даними 90-х років виявлено не було, коефіцієнт на рівні чотирьох балів мали Швеція, Бельгія, Нідерланди, Люксембург, на рівні трьох балів - США, Японія.

Коефіцієнт життєстійкості населення нових незалежних держав, що утворилися на території СРСР, у тому числі України, становить 1,4.

Про вплив *соціальних чинників на здоров'я населення* красномовно свідчать результати досліджень американських учених, згідно з якими в сучасних умовах збільшення загального числа безробітних на 1 % призводить до зростання загальної смертності на 1,2 %, а зростання числа безробітних на 10 % призводить до того, що на 1,7 % більше людей помирає від серцево-судинних захворювань, на 0,7 % більше осіб закінчують життя самогубством, на 4,2 % збільшується кількість пацієнтів психіатричних лікарень.

Вивчення популяційного здоров'я населення ґрунтується на численних джерелах, основними з яких є:

- 1) офіційні звіти лікувально-профілактичних закладів і органів охорони здоров'я, соціального забезпечення, ЗАГСу і статистичних органів;
- 2) спеціально організований облік випадків захворювань і смертей в лікувально-профілактичних закладах виділених зон спостереження - проспективні дослідження;
- 3) ретроспективна інформація облікових документів лікувально-профілактичних закладів за минулий період часу;
- 4) дані анкетування населення;
- 5) дані лікарських оглядів;
- 6) дані лабораторних і інструментальних досліджень;
- 7) результати математичного моделювання.

Для отримання найбільш повної та вірогідної інформації про стан здоров'я населення України, вперше на базі Київського міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики була застосована автоматизована система збору, обробки та аналізу медико-демографічних даних, матеріалів про захворюваність і інвалідність. Її впровадження дасть можливість здійснити моніторинг сучасного стану та тенденцій здоров'я населення України.

Дослідження здоров'я населення дає змогу отримувати різнобічну інформацію, у тому числі передбачає розподіл населення за групами здоров'я з переважним використанням даних про захворюваність (мал. 5).

група	Критерії
I	ЗДОРОВІ (0–1 випадок гострих респіраторних захворювань за рік)
II	ПРАКТИЧНО ЗДОРОВІ (особи з факторами ризику, преморбідним станом; не більше 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік)
III	ХВОРІ З КОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (особи з хронічними хворобами без загострень; 4 і більше випадків гострих респіраторних захворювань за рік)
IV	ХВОРІ З СУБКОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (особи з загостреннями хронічних хвороб протягом року)
V	ХВОРІ З ДЕКОМПЕНСОВАНИМ СТАНОМ (хронічні хворі в стадії декомпенсації)

Мал. 5. Схема груп та критеріїв здоров'я населення.

Загальні *тенденції* щодо *основних показників здоров'я* населення України на сучасному етапі можна визначити таким чином:

- демографічна ситуація: мають місце урбанізація, постаріння населення, зміна структури смертності та зменшення середньої очікуваної тривалості життя;
- захворюваність населення: склався неепідемічний тип патології, підвищився рівень деяких захворювань, зокрема, неепідемічних, ендокринних, алергічних, зросла частота окремих інфекційних (туберкульозу, дифтериту, гепатиту, ВІЛ-інфекції та ін.);
- фізичний розвиток населення: зростає чисельність дітей з дисгармонійним розвитком, зменшується чисельність практично здорових дітей;
- інвалідність: збільшується показник первинного виходу на інвалідність (інвалідизації);
- збільшилась тенденція множинної патології (поєднання різних захворювань в одній особі, множинність причин смерті тощо).

Всесвітня організація охорони здоров'я в генеральній стратегії для національних служб охорони здоров'я "Здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" визначила критерії, до яких мають прагнути всі країни. Для України вони можуть бути такими:

1. Повна доступність первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги.
2. Відсоток валового національного продукту, який витрачають на охорону здоров'я (має дорівнювати 7-8 %, практично становить не більше 5 %).
3. Позитивний природний приріст населення в усіх областях (зараз у більшості областей природний приріст - негативний).
4. Відсоток дітей, які народжуються з масою тіла 2500 грамів і менше (має бути не більше 3,5 %).
5. Рівень смертності немовлят (не повинен перевищувати 9 на 1000 живонароджених, фактично протягом останніх років коливається в межах 12-15 ‰).
6. Середня тривалість життя від народження (має бути не менше 75 років, а становить 67,8).

4.2. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів. Демографічна ситуація в Україні та сучасному світі

Одним з основних завдань економічного та соціального розвитку країни є проведення ефективної демографічної політики, спрямованої на збільшення тривалості життя, трудової активності, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Демографічні дані широко використовуються при плануванні заходів із охорони здоров'я, для комплексної оцінки стану здоров'я населення, складання науково обґрунтованих прогнозів і цілеспрямованої організації медичної допомоги.

Ось чому серед медичних показників здоров'я населення важливу роль відіграють демографічні показники.

Демографія - наука про населення (від "демос" - народ, "графо" - описувати), або інакше *статистика населення*.

Статистичне вивчення населення проводиться за двома основними напрямками:

1. характеристика населення на певний час (його *чисельність, склад, особливості розселення* тощо) - так звана *статика* населення;

2. характеристика процесів зміни чисельності населення - *динаміка* чи рух населення. Останній у свою чергу поділяється на *механічний рух* населення (зміни, що відбуваються під впливом переселень - *міграційних* процесів) і так званий *природний рух* населення (зміни, що відбуваються внаслідок народжуваності та смертності і характеризують процеси *відтворення населення*).

Статистика населення - найстаріша галузь статистичної науки. Ще за 22 століття до нашої ери в Китаї збирались дані про чисельність населення за віком і статтю. В Царській Росії систематичний облік населення було започатковано в 1718 р. Петром I.

Основним джерелом інформації про чисельність і склад населення є *перепис населення*. Це великомасштабне статистичне дослідження, мета якого встановити точні дані про чисельність і склад населення тієї чи іншої країни. Програма перепису, тобто інформація стосовно кожного громадянина, готується заздалегідь. Перепис населення за повнотою є суцільним дослідженням, а за часом збирання - одночасним, бо проводиться на певну, так звану "критичну дату".

В періоди між переписами робиться спеціальний перерахунок чисельності населення на основі попереднього перепису, матеріалів про народжуваність, смертність і міграцію на даній території.

В світовій практиці переписи населення проводяться один раз у 5-Ю років. Перший і єдиний у царській Росії загальний перепис було проведено в 1897 р.

За роки Радянської влади переписи населення на території України були проведені в 1926, 1939, 1959, 1970, 1979 та 1989 роках.

Постановою Кабінету міністрів України найближчий перепис населення в нашій країні заплановано на 2001 рік. Він стане першим в Україні - суверенній державі. До нього буде приурочено проведення комплексного дослідження стану здоров'я населення з використанням сучасних комп'ютерних технологій.

Чисельність і склад населення

За даними ООН, абсолютний щорічний приріст населення Землі становить приблизно 80 млн., головним чином, за рахунок країн, що розвиваються. В економічно розвинутих країнах темпи зростання чисельності населення найнижчі - всього 0,4 % за рік. У жовтні 1999 р. населення Землі досягло 6 мільярдів.

Найбільші за чисельністю населення країни світу:

- Китай (1,2 мільярда);
- Індія (929 мільйонів);
- Сполучені Штати Америки (263 мільйони);
- Індонезія (193 мільйони);

- Бразилія (159 мільйонів);
- Росія (148 мільйонів);
- Пакистан (129 мільйонів);
- Японія (125 мільйонів);
- Бангладеш (119 мільйонів);
- Нігерія (111 мільйонів).

На початок 2000 р. чисельність населення України становила 49,4 мільйона чоловік.

Україна є шостою за чисельністю населення країною Європи після Росії, ФРН, Великої Британії, Франції, Італії та другою серед країн СНД і Балтії.

Тривалий час чисельність населення України щорічно збільшувалась.

Вперше за повоєнний період у 1993 році було відмічено її зменшення, яке триває і досі. За 1993-1998 рр. населення України скоротилося на 21138 тис. чоловік, у тому числі за 1998 р. - майже на 400 тис. за рахунок перевищення смертності над народжуваністю та міграції.

Найбільш відчутне зменшення населення має місце в Донецькій, Луганській, Харківській та Одеській, найменше - в Рівненській, Івано-Франківській та Закарпатській областях.

За довгостроковим демографічним прогнозом, розробленим Державним НДІ інформації та моделювання економіки Національного агентства з питань інформації при Президенті України, чисельність населення нашої країни протягом наступних років продовжуватиме зменшуватись і на кінець 2025 р. становитиме 46,7 млн., що приблизно на 3 млн. чоловік менше, ніж зараз.

Інформація про чисельність і склад населення використовується для розрахунку показників здоров'я, при плануванні мережі лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних закладів, а також при плануванні підготовки та використання медичних кадрів.

Співвідношення *міського* та *сільського* населення України протягом останніх років майже стабільне: відповідно 68 % міського населення та 32 % сільського. Отже, в структурі переважає міське населення, тобто має місце тенденція *урбанізації*.

Процес урбанізації найбільш характерний для таких промислових областей України, як Донецька, Дніпропетровська, Луганська. Разом з тим, у таких областях, як Івано-Франківська, Чернівецька в структурі населення переважає сільське населення.

Для процесу урбанізації, крім зростання чисельності міського населення, характерні також зростання числа великих міст, зміна способу життя, підвищення темпу життя, концентрація форм спілкування людей. Урбанізація має як позитивний, так і негативний вплив на здоров'я людей, що слід враховувати при плануванні та організації надання медичної допомоги населенню.

До негативних сторін урбанізації слід віднести забруднення атмосфери, гіподинамію, нервово-психічні перевантаження, які призводять до зростання

смертності городян від серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм, до загострення санітарно-гігієнічних проблем.

Процес урбанізації, притаманний більшості країн світу, характеризується зростанням числа великих міст.

Найбільшими за чисельністю населення містами світу є Токіо, Нью-Йорк, Сан-Пауло (Бразилія), Мехіко, Шанхай, Бомбей, Лос-Анжелес, Пекін, Калькутта, Сеул.

У столиці України - Києві - близько 3 млн. постійно проживаючих мешканців.

Статева структура населення обумовлена перш за все різним рівнем смертності серед чоловіків і жінок, на що впливають як біологічні, так і соціальні чинники. На великих популяціях співвідношення числа народжень хлопчиків і дівчаток стабільне: на 100 дівчаток народжується 104-105 хлопчиків. Ось чому серед дітей переважають хлопчики; в молодому та середньому віці чисельність чоловіків і жінок приблизно однакова, в похилому віці чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків внаслідок більш високої смертності чоловіків.

Значну роль у співвідношенні чоловіків і жінок відіграють наслідки воєн, що мають назву "демографічні відлуння" воєн.

Крім того, в деяких регіонах на статевій структурі населення може позначитись переважання розвитку окремих галузей промисловості.

В цілому в статевій структурі всього населення України переважають жінки і на початок 2000 р. їх питома вага становила 54 %, чоловіків - 46 %. Має місце поступове *вирівнювання статевої диспропорції*, особливо порівняно з повоєнними роками, коли остання була дуже відчутною.

Переважання жінок характерне для багатьох регіонів і країн світу.

Для *вікової структури* населення України характерні дві найважливіші тенденції: 1) зменшення частки дітей; 2) зростання питомої ваги населення старших вікових груп.

Зменшення частки дітей пов'язане із зниженням рівня народжуваності. Так, питома вага дітей в Україні в 1989 році становила 21 %, а на початок 1998 року - 19,7 %.

Особливо значне зниження питомої ваги дітей в останні роки спостерігається серед міського населення.

За прогнозом Міністерства економіки України до 2025 року частка дітей в структурі населення знизиться до 16,8 %, тоді як питома вага населення у віці 60 років і старше зросте до 30 %.

Процес *постаріння населення*, тобто зростання чисельності населення старших вікових груп (60-65 років і старше), характерний для більшості економічно розвинутих країн. Вісімнадцять з 20 країн світу з найбільшою часткою осіб старшого віку знаходяться в Європі.

В Україні питома вага осіб старше 60 років у 1939 році становила 7 %, а у 1998 році - 18,8 %. Починаючи з 1989 р., Україна була, та й зараз залишається,

"найстарішою" серед країн СНД. Нині частка людей похилого віку ставить її в один ряд з "найстарішими" країнами світу.

Поглиблення процесу постаріння населення України в 90-х роках обумовлено, головним чином, зниженням *рівня народжуваності*.

Серед міського населення частка осіб пенсійного віку збільшилась протягом 90-х років майже на 11 % і в структурі населення становить 19,9 %, причому серед жінок питома вага осіб старшого віку майже в 2 рази вища, ніж серед чоловіків.

Проте особливо несприятлива вікова структура склалась у сільській місцевості, де рівень постаріння населення значно вищий, ніж у містах, і частка населення старше 60 років становить 29,2 %, у тому числі частка чоловіків старше працездатного віку 18,8%, жінок - 38,1 %.

Процес постаріння населення висуває перед системою органів і закладів охорони здоров'я *важливі проблеми*:

- збільшення серед населення питомої ваги осіб старше 60 років призводить до зниження показників народжуваності та зростання загальних показників смертності, що необхідно враховувати при аналізі демографічних процесів відтворення населення;

- зростання числа звертань населення старших вікових груп за медичною допомогою - амбулаторно-поліклінічною та стаціонарною, потребує особливої уваги до названих контингентів з боку служб первинної медико-санітарної допомоги, у т.ч. сімейної медицини, а також необхідність вирішення таких медико-соціальних проблем як догляд за самотніми, госпіталізація хворих з довготривалими хронічними захворюваннями тощо.

Питома вага населення *працездатного віку* в загальній його чисельності зменшилась і на початок 1998 року в міських поселеннях України становила 59,3 %, у сільських - 49,0 % при значних коливаннях цих показників по областях.

Так, у міських поселеннях найбільша питома вага працездатного населення в загальній його чисельності має місце в Одеській, Львівській, а найменша - в Кіровоградській, Чернігівській областях. У сільській місцевості найбільшу частку населення в працездатному віці має Автономна республіка Крим, а найменшу - Чернігівська область.

Зменшення частки дітей у структурі населення, з одного боку, та зростання частки осіб старших вікових груп, з другого, призводить до зростання економічного (демографічного) навантаження на працездатний вік. Розраховують *показник "демографічного навантаження"* як співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення.

В Україні в зв'язку зі зменшенням частки дітей і збільшенням відсотка 60-річних і старших "демографічне навантаження" на осіб працездатного віку залишається несприятливим: на 1000 осіб працездатного віку "демографічне навантаження" на 1 січня 1999 р. становило 768 чоловік, серед яких 356 дітей

і 412 осіб пенсійного віку. За останні 10 років загальний показник "демографічного навантаження" зріс.

Крім того, мають місце значні відмінності цього показника в містах і селах.

В сільській місцевості на 1 січня 1999 р. показник демографічного навантаження на 1000 осіб працездатного віку становив 1019 непрацездатного, в тому числі 430 дітей та 589 осіб старше працездатного віку.

"Демографічне навантаження" працездатного населення в сільській місцевості 16 областей України на початок 1998 року перевищувало одиницю. Особливо значним воно було в Чернігівській (1418 чол.), Сумській (1230 чол.), Хмельницькій (1221 чол.) областях.

Аналізуючи вікову структуру населення, визначають у його структурі частку осіб 0-14, 15-49 та 50 років і старше. Це дає змогу визначити *тип вікової структури населення*, що проживає на тій чи іншій території.

При *прогресивному* типі вікової структури частка дітей (0-14 років) перевищує частку населення у віці 50 років і старше.

Для *регресивного* типу вікової структури характерно, що частка людей старшого віку переважає частку осіб 0-14 років.

Стаціонарним вважається тип вікової структури населення, в якій частка осіб у віці 0-14 років приблизно дорівнює частці осіб у віці 50 років і старше.

Для України, в цілому, характерний регресивний тип вікової структури, який притаманний також і сільському населенню, а прогресивний має місце серед міського.

Механічний рух населення

Розрізняють *механічний рух населення*, або *міграцію* - переміщення його груп як у самій країні, області, районі - *внутрішню міграцію*, так і виїзд за межі держави - *зовнішню міграцію*: еміграцію (виїзд за межі даної країни на постійне проживання) та іміграцію (в'їзд у дану країну на постійне проживання).

У демографії міграційні процеси розрізняють за територіальною ознакою та за тривалістю.

За територіальним принципом міграція поділяється на: а) міждержавну (в межах одного континенту, між сусідніми державами); б) у межах однієї держави.

За тривалістю міграція може бути:

- постійною, коли мігранти залишаються на новому місці на постійне проживання чи тривалий час;
- сезонною (переїзд на нетривалий час, часто в зв'язку з сезонними роботами);
- "маятниковою" (щоденний від'їзд сільських жителів на роботу, на навчання в міста та повернення ввечері до свого постійного місця проживання).

Розрізняють також склад мігрантів залежно від напрямку міграції - у місто чи сільську місцевість. Найбільше значення набуває міграція в міста, промислові райони, що зумовлює процес урбанізації.

Мігрує, в основному, чоловіча, молода частина населення, особливо під час масових переїздів. Це може позначатися на демографічних показниках (народжуваності, смертності), зміні структури захворюваності.

Механічний рух населення має велике значення для санітарного стану країни, тому що може сприяти перенесенню інфекційних, появи та розповсюдженню інших захворювань. Ось чому облік міграційних процесів - важлива умова для оцінки санітарного стану населення, а точна інформація про неї дозволяє забезпечити своєчасну організацію медичної допомоги мігрантам як на шляху слідування, так і після прибуття на нове місце проживання.

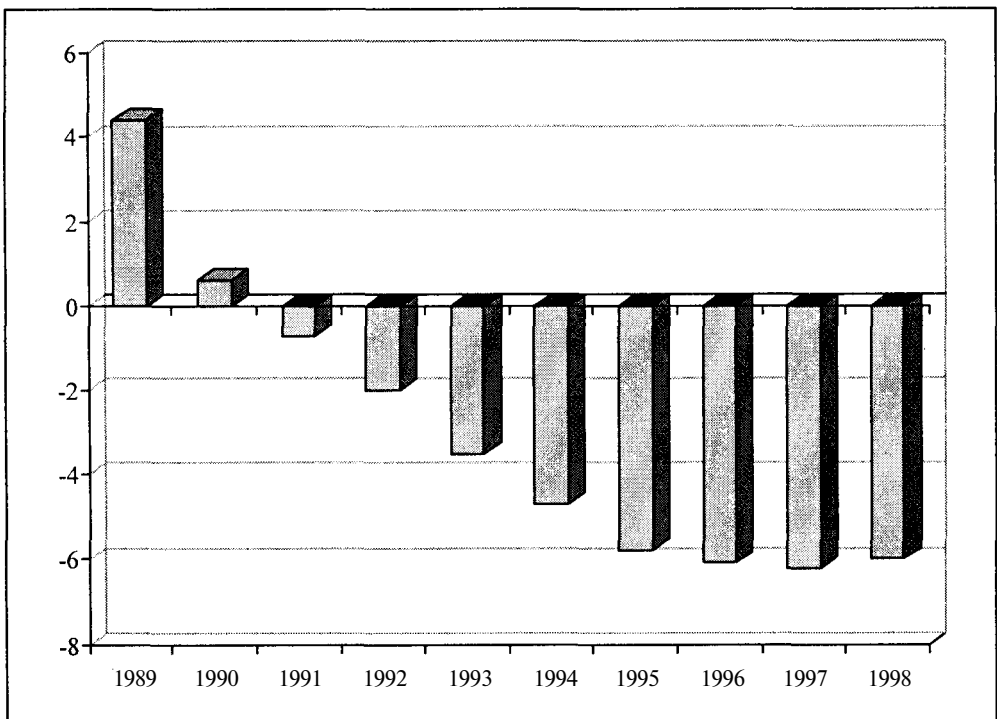
Природний рух населення

Ще більше значення для оцінки здоров'я має природний рух населення — зміна його чисельності внаслідок взаємодії основних демографічних явищ: народжуваності та смертності.

Природний рух або відтворення населення показує, чи забезпечують існуючі рівні народжуваності та смертності приріст населення. Різниця між показниками народжуваності та смертності одержала назву *природний приріст*.

Для того, щоб чисельність населення не зменшувалась, народжуваність має бути вищою за смертність, тобто має бути *позитивний природний приріст*.

Саме таким був природний приріст в Україні до **1991** року, але починаючи з **1991** р. в цілому в Україні, а в сільській місцевості ще з 1979 р., показники смертності почали перевищувати показники народжуваності, тобто був зафіксований так званий *негативний (від'ємний) природний приріст* населення або *депопуляція* (мал. 6).



Мал. 6. Природний приріст населення в Україні за 1989-1998 рр.

Механічний рух населення має велике значення для санітарного стану країни, тому що може сприяти перенесенню інфекційних, появи та розповсюдженню інших захворювань. Ось чому облік міграційних процесів - важлива умова для оцінки санітарного стану населення, а точна інформація про неї дозволяє забезпечити своєчасну організацію медичної допомоги мігрантам як на шляху слідування, так і після прибуття на нове місце проживання.

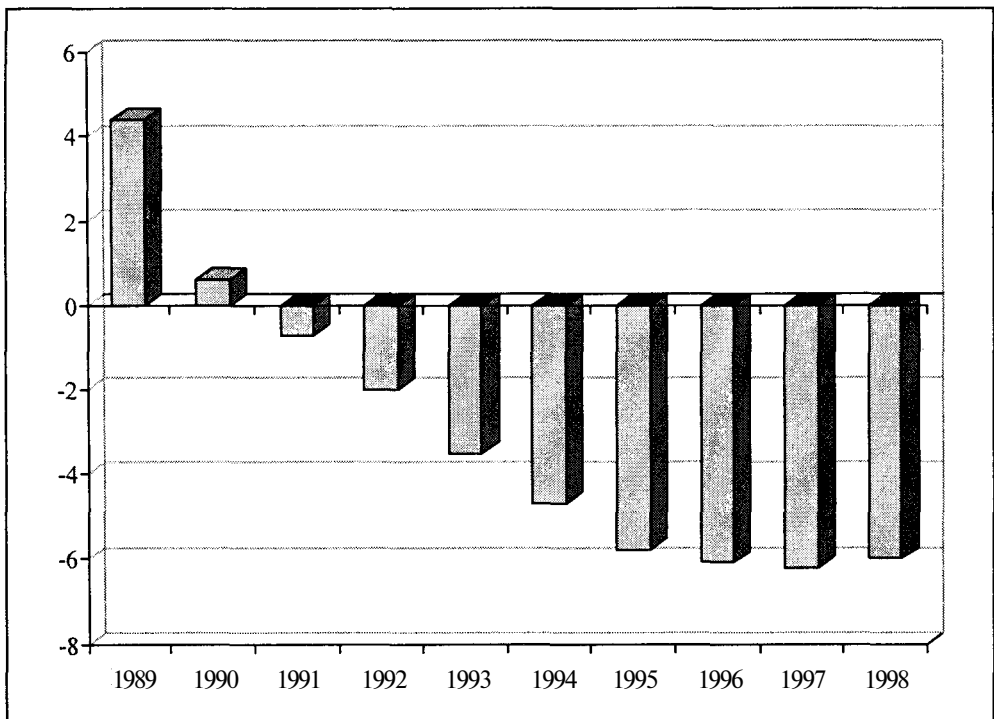
Природний рух населення

Ще більше значення для оцінки здоров'я має природний рух населення - зміна його чисельності внаслідок взаємодії основних демографічних явищ: народжуваності та смертності.

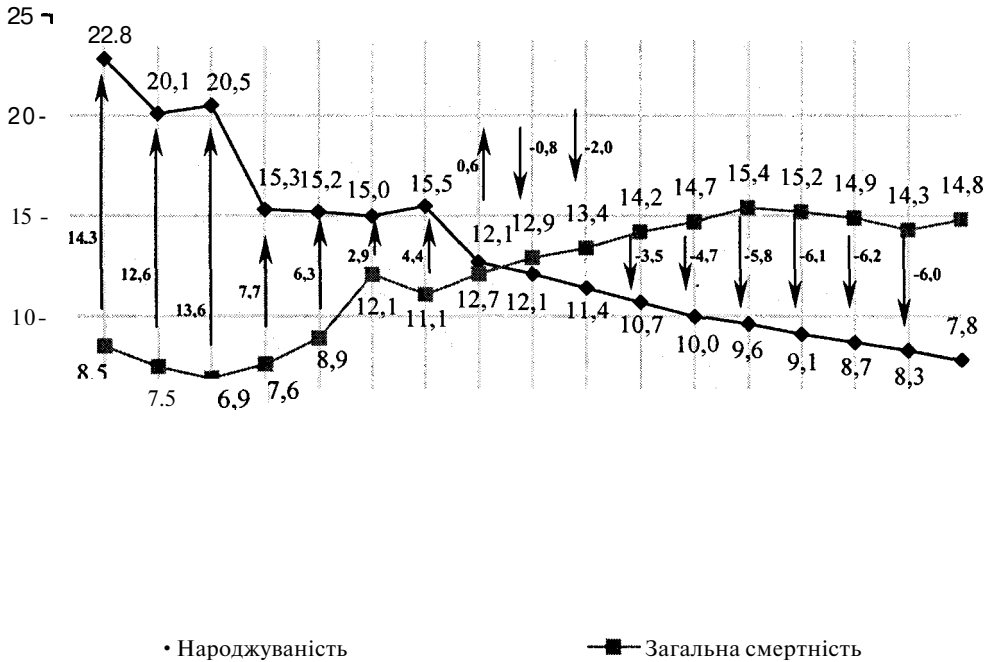
Природний рух або відтворення населення показує, чи забезпечують існуючі рівні народжуваності та смертності приріст населення. Різниця між показниками народжуваності та смертності одержала назву *природний приріст*.

Для того, щоб чисельність населення не зменшувалась, народжуваність має бути вищою за смертність, тобто має бути *позитивний природний приріст*.

Саме таким був природний приріст в Україні до 1991 року, але починаючи з 1991 р. в цілому в Україні, а в сільській місцевості ще з 1979 р., показники смертності почали перевищувати показники народжуваності, тобто був зафіксований так званий *негативний (від'ємний) природний приріст* населення або *депопуляція* (мал. 6).



Мал. 6. Природний приріст населення в Україні за 1989-1998 рр.



Мал. 7. Динаміка основних демографічних показників в Україні (1950-1999 рр.) (на 1000 населення).

Як видно на малюнку 7, у 1991 році вперше за післявоєнні роки криві смертності та народжуваності перетнулися: крива смертності різко пішла вгору, а народжуваності - поповзла донизу.

Негативний природний приріст населення з 3,5 %о у 1993 році збільшився до 7,0 %о у 1999 році, тобто за 7 років зріс удвічі. Особливо відчутний цей показник для сільських місцевостей - 9,3 %о, у містах він становить - 5,9 %о. У 1999 році найгірший показник природного приросту спостерігався в Чернігівській області (-12,1 %о).

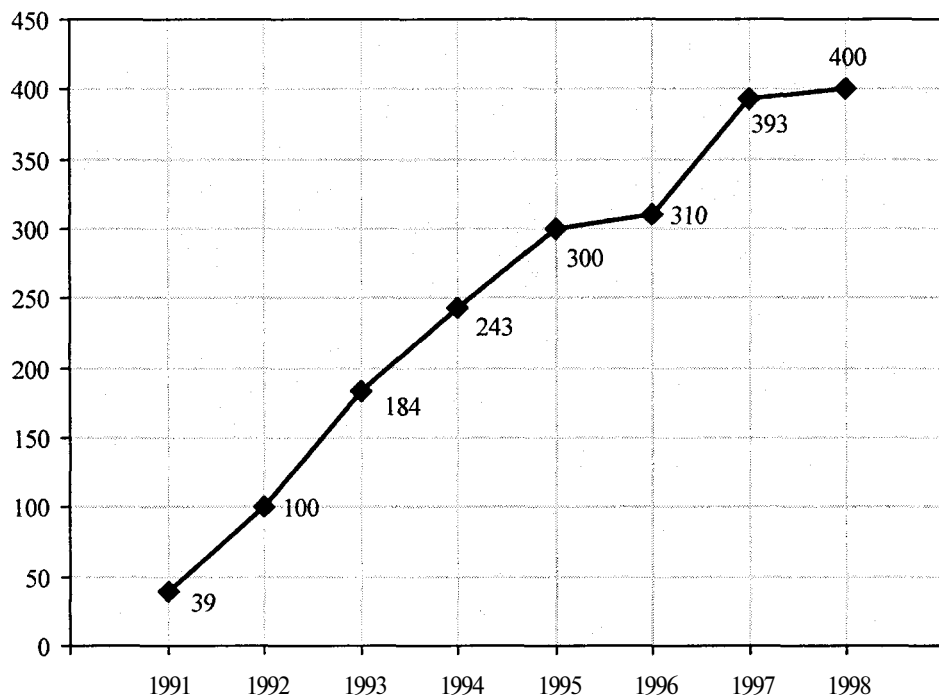
В Європі до країн з негативним природним приростом, належать: Німеччина, Італія, Болгарія, Угорщина, Румунія, Чехія, Росія, Білорусь, країни Балтії.

Негативний природний приріст населення в Україні у 90-х роках є результатом сукупної дії:

- низької народжуваності;
- високої смертності;
- несприятливої вікової структури.

Тільки за вісім років (1991-1998 рр.) за рахунок перевищення числа померлих над числом народжених живими населення України загалом зменшилось на 1 млн. 969 тисяч чоловік (мал. 8).

Українські демографи вважають, що депопуляція надовго стане визначальною ознакою демографічного розвитку України.



Мал. 8. Динаміка перевищення числа померлих над числом народжених живими в Україні з 1991 по 1998 рр. (тис.).

До основних демографічних показників належать показники *народжуваності, смертності, природного приросту, середньої очікуваної тривалості життя*, а також один з вікових показників смертності - *смертність немовлят*, тобто дітей у віці до 1 року.

Народжуваність

Визначення поняття "*народжуваність*" досить складне.

Як відомо, пологи закінчуються народженням не тільки живої дитини, але можуть мати місце викидні, аборти, народження мертвого плода. Таким чином, потрібно розрізняти такі поняття як *живонародження* та *мертвонародження*.

До 1996 року в Україні, як і загалом у колишньому СРСР, критеріями живонародження вважалися: термін вагітності 28 тижнів і більше, довжина плода 35 см і більше, вага 1000 г і більше, а також наявність самостійного дихання.

В 1996 році відбувся перехід у визначенні живонародженості та мертвонародженості за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

На всій території України введені такі визначення цих критеріїв:

- *Живонародження* є повне вигнання чи витягнення продукту зачаття з організму матері незалежно від терміну вагітності, який після такого відокремлення дихає чи виявляє інші ознаки життя, такі як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури незалежно від того,

перерізна пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

* Смерть плода (*мертвонароджений плід*) - є смерть продукту зачаття до його повного вигнання чи вилучення з організму матері незалежно від тривалості вагітності: на це вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури.

В дореволюційній Росії проводилась церковна реєстрація народжень і випадків смерті. Як відомо, в СРСР було введено цивільну реєстрацію таких актів громадянського стану як народження, смерть, шлюб, розлучення.

Згідно зі ст. 158 Кодексу України про шлюб і сім'ю (надалі Кодекс), народження дитини підлягає реєстрації в державних органах реєстрації актів громадянського стану.

В ст. 159 Кодексу визначено, що акти громадянського стану реєструються в районних центрах, районах міст Києва та Севастополя відповідними відділами реєстрації ЗАГСу місцевих державних адміністрацій, в містах і в районах міст обласного підпорядкування відділами ЗАГСу виконавчих комітетів відповідних Рад народних депутатів, а в сільській місцевості й селищах - виконавчими комітетами сільських і селищних Рад народних депутатів.

Згідно зі ст. 163 Кодексу, *реєстрація народження* проводиться за місцем народження дитини чи за місцем проживання її батьків, або одного з них, за письмовою чи усною заявою батьків або одного з них, а в разі хвороби, смерті батьків або неможливості для них з інших причин зареєструвати народження - за заявою родичів або інших осіб чи адміністрації лікувального закладу, в якому перебувала мати під час народження дитини.

Заява про реєстрацію народження дитини повинна бути подана до органу ЗАГСу *не пізніше трьох місяців з дня народження дитини, а при народженні мертвої дитини - не пізніше трьох діб* (ст. 164 Кодексу).

Реєстрація проводиться при пред'явленні довідки лікувального закладу про народження дитини — "Медичне свідоцтво про народження" (форма № 103/0-95), яке видається під час виписки матері зі стаціонару всіма закладами охорони здоров'я, де приймали пологи. У випадках пологів удома медичне свідоцтво про народження видає той заклад охорони здоров'я, медичний працівник якого (лікар, фельдшер, акушерка) приймав пологи.

У виняткових випадках - при народженні дитини вдома чи в іншому місті *без подання медичної допомоги* - реєстрація народження дитини проводиться органами реєстрації актів громадянського стану. Факт і час народження в таких випадках повинні бути підтверджені підписами двох свідків, а також заповненням "Медичної довідки про перебування дитини під наглядом лікувального закладу" (форма №103-1/0-96). Довідка видається медичним закладом, на обліку в якому знаходиться новонароджений.

При багатоплідних пологах медичне свідоцтво про народження заповнюється на кожну дитину окремо.

Якщо дитина народилась під час перебування матері на морському, річковому або повітряному судні або в поїзді, капітан (командир) судна, начальник поїзда за участю двох свідків і лікаря або фельдшера (якщо лікар або фельдшер є на судні, в поїзді) може скласти акт про народження дитини.

Реєстрація народженої знайденої дитини, батьки якої не відомі, проводиться за заявою органів опіки та піклування; адміністрації дитячого закладу, куди влаштована дитина; за заявою органів внутрішніх справ або особи, в якій знаходиться дитина, не пізніше трьох діб з часу виявлення останньої.

Всі лікувально-профілактичні заклади МОЗ України, незалежно від наявності чи відсутності пологових ліжок, ведуть журнал обліку новонароджених (ф. № 152/0).

Реєстрація новонародженого в журналі проводиться під час видачі матері медичного свідоцтва про народження для реєстрації в органах ЗАГСу тільки у випадках проживання матері (батьків) у даній області (місті, районі).

В журналі, як і в медичному свідоцтві про народження, обов'язково робиться відмітка, якщо дитина народилась від одного з батьків, який постраждав від наслідків аварії на ЧАЕС на основі посвідчення потерпілого.

Лікувальні заклади щомісяця (до п'ятого числа наступного місяця) надсилають до відділу реєстрації актів громадянського стану за місцем знаходження пологового стаціонару списки дітей, які народилися в цьому стаціонарі, із зазначенням постійного місця проживання та місця роботи матері.

В органах ЗАГСу щомісяця необхідно доповнювати облік тих новонароджених, які народилися в лікувально-профілактичних закладах інших районів (міст). Відповідна інформація на ці випадки береться з медичної первинної документації дитячої консультації чи поліклініки.

Журнали обліку новонароджених на початку нового за звітним роком передаються в обласні інформаційно-аналітичні центри медичної статистики для автоматизованої обробки та формування бази даних про народжених на обласному рівні. Потім ці бази даних на магнітних носіях передаються до інформаційно-аналітичного центру медичної статистики МОЗ України для формування відповідної бази даних на рівні країни.

Про кожну проведену реєстрацію народження дитини орган реєстрації актів громадянського стану зобов'язаний повідомити органи внутрішніх справ за місцем проживання батьків.

Органи запису актів громадянського стану передають інформацію про число народжених живими за поточний рік у територіальні статистичні установи, де і відбувається розрахунок відповідних показників народжуваності.

Народжуваність, як і інші демографічні явища, визначається за допомогою статистичних показників.

Перш за все розраховується *загальний показник народжуваності*. Як і більшість показників природного приросту, він визначається числом народжених у розрахунку на 1000 населення:

$$\text{Загальний показник народжуваності (частота народжуваності)} \sim \frac{\text{Число народжених живими за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

Але більш точно процес відтворення населення можна охарактеризувати, якщо розраховувати народжуваність не серед усього населення, а лише серед жінок фертильного віку (15-49 років). Цей показник називається спеціальним показником народжуваності (фертильності, плодючості) і розраховується таким чином:

$$\text{Спеціальний показник народжуваності} = \frac{\text{Число народжених живими за рік} \cdot 1000}{\text{Число жінок у віці 15-49 років}}$$

Крім вищезазначених застосовуються ще такі спеціальні показники:

- сумарний показник відтворення населення - число дітей, народжених жінкою протягом фертильного періоду її життя (15-49 років);
- *брутто-коефіцієнт відтворення* - число дівчаток, народжених жінкою у віці 15-49 років;
- *нетто-коефіцієнт, або очищений показник відтворення*, - кількість дівчаток, народжених у середньому однією жінкою за весь репродуктивний період її життя, що досягли віку, в якому була жінка при їх народженні.

Якщо нетто-коефіцієнт дорівнює 1, брутто-коефіцієнт - 1,2, сумарний коефіцієнт - 2,2, то процес відтворення населення оцінюють як стаціонарний, показники, що перевищують вказані рівні, визначають розширене відтворення, а показники нижче вказаного рівня — звужене відтворення.

Рівень *загальної народжуваності* в Україні за повоєнний час невпинно *знижувався*: за період з 1950 по 1999 рр. - майже в 4 рази (табл. 1, мал. 7).

Таблиця 1

Динаміка основних демографічних показників в Україні (1950-1999 рр.)
(на 1000 населення)

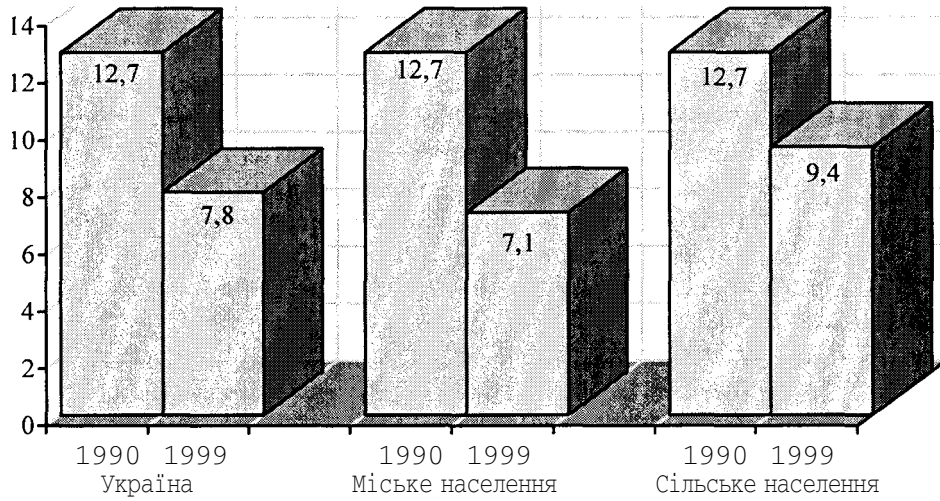
Найменування показника	1950	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997	1998	1999
Народжуваність	22,8	20,5	15,2	15,0	12,7	12,1	9,6	9,1	9,7	8,3	7,8
Загальна смертність	8,5	6,9	8,9	12,1	12,1	12,9	15,4	15,2	14,9	14,3	14,8
Природний приріст	14,3	13,6	6,3	2,9	0,6	-0,8	-5,8	-6,1	-6,2	-6,0	-7,0
Смертність немовлят *)	73,0	30,0	—	15,7	12,8	13,9	14,7	14,3	14,0	12,8	12,8

* на 1000 народжених живими.

Сучасний показник народжуваності найнижчий за весь період повоєнної історії нашої держави.

Протягом останніх років, з 1990 по 1999 рік, він скоротився з 12,7 % до 7,8 %, тобто на 39,0 %.

У найбільшій мірі це зменшення зафіксовано серед *міського* населення - серед якого з 1990 по 1999 рр. показник скоротився з 12,7 % до 7,1 %, тобто на 45 %, для *сільського* воно дорівнює лише 20 % (мал. 9).



Мал. 9. Загальні показники народжуваності серед міського та сільського населення України (%).



Мал. 10. Територіальні відмінності загального показника народжуваності в Україні (1999, %).

В Україні спостерігається значна територіальна диференціація показників народжуваності. Відносно висока (понад 11 народжень на 1000 населення) частота порівняно з загальним рівнем по Україні спостерігається в Західному регіоні: Рівненській, Волинській і Закарпатській областях. У той же час у східних областях (Донецькій, Луганській, Харківській), у Криму та в м. Києві показники народжуваності найнижчі (до 7,5 ‰) (мал. 10).

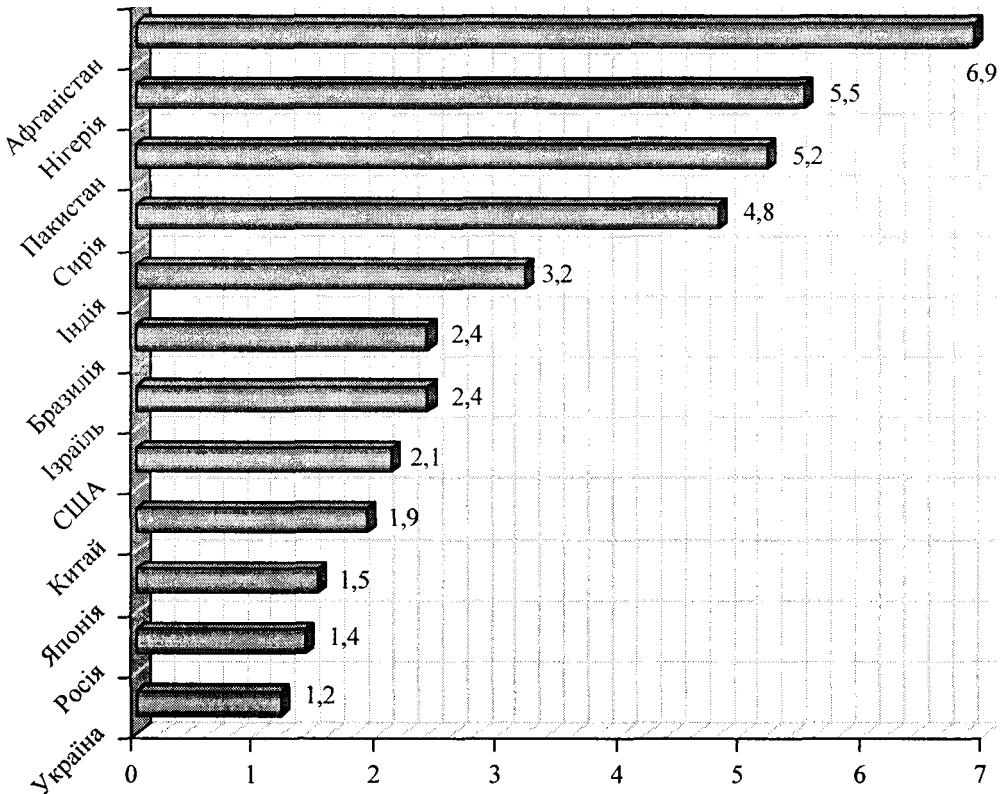
У деяких зарубіжних країнах загальний показник народжуваності становив (1996 р.): Китай - 21 ‰, США - 17 ‰, країни Африки - 44 ‰.

У країнах Європейського Союзу загальний показник народжуваності зменшився з 12,3 ‰ в 1993 р. до 10,9 ‰ в 1997 р., у країнах Центральної та Східної Європи - з 11,2 ‰ до 10,8 ‰.

Серед країн Європейського регіону найвищі рівні реєструються в Албанії (22-23 ‰), найнижчі - в Італії (8-9 ‰).

Україна є однією з десяти країн Європи з найнижчими показниками рівня загальної народжуваності. Крім України, це Італія, Франція, Іспанія, Німеччина, Греція, Словенія, Румунія, Латвія та Естонія.

Показники сумарної народжуваності в деяких країнах - число дітей, народжених жінкою у фертильному віці - представлені на мал. 11.



Мал. 11. Показники сумарної народжуваності (число дітей, народжених жінкою протягом дітородного періоду) в деяких країнах світу (1997 р.).

Як свідчать наведені дані, в таких країнах як Афганістан, Нігерія, Пакистан, Сирія, показник сумарної народжуваності коливається в межах 4,8-6,9, що в кілька разів перевищує відповідні числа в США, Японії, Китаї, Росії.

Якщо в Україні показник сумарної народжуваності в 1990 р. становив 1,8, то в 1998 р. - тільки 1,1 (у містах - 1,0, у селах - 1,6).

Навіть у селах, де народжуваність традиційно вища, ніж у містах, починаючи з 1993 р. її сумарний показник знаходиться нижче межі простого відтворення.

Різниця між його значеннями в містах і селах за останні роки збільшилась, оскільки в містах, де народжуваність нижча, її зменшення відбувалось більш інтенсивно.

За останні роки серед основних тенденцій народжуваності в Україні слід відзначати зменшення не тільки загального, але й спеціального показника (число народжених живими на 1000 жінок фертильного віку). В 1993 році він дорівнював 44,6 %, а в 1997 р. - 34,6 %, тобто зменшився на 22,4 %.

У сільській місцевості спеціальний показник народжуваності протягом останніх років був найвищим у Рівненській області, а найнижчим - у Донецькій та Луганській областях.

Зростання загального та спеціального рівнів народжуваності відмічається лише у жінок до 17 років, що корелює з співвідношенням серед них абортів і пологів у різному віці (для порівняння: у жінок до 19 років воно становить відповідно 1:2; у жінок 20-24 років - 3:2; 25-29 - 4:2; 30-34 - 5:2).

Слід зазначити, що результати численних наукових досліджень з питань репродуктивного здоров'я, показали несприятливий вплив на жінку та дитину ранніх (до 17 років) пологів.

Зниження народжуваності позначається на *родинному складі населення* України. Протягом 90-х років із загального числа родин, що мають дітей до 18 років, 52 % становили ті, що мали лише одну дитину. В містах ця частка становила 55%, у селах - 44 %. Родини з двома дітьми становили 39,5 %, а з трьома та більше - лише 8,4 %.

Частка жінок, що не мають дітей, становить 19,3 %.

Серед *чинників*, що впливають на народжуваність, більша частина сприяє її *зменшенню*. До них належать:

- зменшення числа шлюбів і збільшення числа розлучень;
- активне залучення жінок до суспільного життя (відчутна роль у зменшенні народжуваності в перші роки існування СРСР і менш відчутна в сучасних умовах зростаючого безробіття);
- диспропорція в статевому складі населення, незалежно від причин, що її обумовлюють - особливості розвитку виробничих відносин, міграційні процеси, наслідки воєн;
- зайнятість певної частини жінок у виробництвах з небезпечними та шкідливими умовами праці;
- незадовільний стан репродуктивного здоров'я жінок;
- економічна ситуація в суспільстві.

В Україні більше 27 млн. жінок, з них майже 12 млн. дітородного віку. Вони становлять 52 % усіх працюючих, 90 % їх працює чи вчиться.

Зважаючи на суттєву роль жінок у суспільній сфері, охорона здоров'я та покращання їх побуту має стати проблемою державного значення.

Слід особливо відзначити негативний вплив *несприятливої економічної ситуації* в державі протягом останніх років — це вирішальний чинник, що обумовлює невисокі рівні і, головне, несприятливу тенденцію показників народжуваності.

Зокрема, в 1997 році при проведенні соціологічних обстежень серед опитуваних жінок 43 % відзначили незадовільний матеріальний рівень як головну причину відсутності бажаної кількості дітей.

Як вже зазначалося, *на народжуваність негативно впливають зменшення числа шлюбів і збільшення кількості розлучень*. Протягом 90-х років число шлюбів у розрахунку на 1000 населення зменшилось на 35 % (з 9,5 у 1991 році до 6,2 в 1998 р.), а кількість розлучень залишилась на рівні 1990 р. - 3,7.

Відповідно до офіційних даних розпадається близько 40 % зареєстрованих шлюбів, причому в перший рік подружнього життя розлучається приблизно третина молодих сімей. Значна більшість розлучених жінок (90 %) перебуває в дітородному віці.

Близько 1,5 млн. дітей (13,5 %) у віці до 18 років виховується в неповних сім'ях, переважно матір'ю.

За останні роки зростає частка дітей, народжених поза шлюбом, що свідчить про все більше поширення альтернативних форм подружнього життя. В Україні частка позашлюбних народжень у 1990 р. становила 11 %, а в 1997 р. - 14,0 %, що значно менше, ніж у країнах Західної Європи, де народжені поза шлюбом становлять 40-50 %.

Ще один чинник спаду народжуваності — незадовільний стан репродуктивного здоров'я жінок.

Кількість неплодних подружніх пар в Україні досягає одного мільйона.

Останні роки кожна третя вагітна має екстрагенітальну патологію. Гострою є проблема невиношуваності вагітності.

Однією з основних причин негативних тенденцій у стані репродуктивного здоров'я є аборти.

Для жінок України протягом декількох десятиріч *аборт залишається основним методом регулювання народжуваності*.

До 1997 р. на 12 млн. жінок фертильного віку щорічно проводилось близької млн. абортів, на 100 пологів припадало майже 150 абортів.

Починаючи з 1997 р. щорічне число штучних абортів скоротилося вдвічі, проте Україна продовжує утримувати одне з перших місць у світі за поширеністю абортів.

Серед чинників, що сприяють *зростанню народжуваності*, слід назвати національні традиції та релігію. Справа в тому, що вони дуже часто поєднуються, а жодна релігія світу не підтримує штучний аборт та навіть засоби запобігання

вагітності. Особливо непримиренні щодо абортів та контрацепції країни з традиційно католицькою та ісламською релігійною орієнтацією.

Вплив цього чинника має місце і в Україні: саме він обумовив більш високі показники народжуваності в областях Західного регіону, приєднаних до держави лише в 1940 році.

Економічно розвинуті країни світу, які мають низькі показники народжуваності (США, країни Західної Європи), заохочують підвищення її рівня, в першу чергу за рахунок матеріальних стимулів і надання певних пільг щодо медичного забезпечення матері та дитини.

В той же час країни, де ці показники високі і мають постійну тенденцію до зростання, проводять політику їх обмеження та стримування (Китай, Єгипет, Індія). Досягається це, насамперед, активною пропагандою контрацептивних засобів, а також матеріальним заохоченням малодітних сімей.

Смертність

Одним з найважливіших демографічних показників громадського здоров'я є смертність, яка характеризує здоров'я населення з точки зору поширення найбільш важкої патології.

В дореволюційні часи мала місце церковна реєстрація випадків смерті, як правило, зі слів родичів або знайомих померлого. Тільки в деяких містах причина смерті зазначалась у лікарських свідоцтвах.

В СРСР обов'язкова лікарська реєстрація причин смерті була започаткована з 1925 року.

Реєстрація смерті проводиться органами реєстрації актів громадянського стану (ЗАГС) за останнім місцем проживання померлого, за місцем настання смерті, виявлення трупа чи за місцем поховання.

Засвідчення смерті проводиться за заявою родичів померлого, його сусідів, працівників житлово-експлуатаційних організацій та інших осіб або за повідомленням адміністрації лікувального закладу, де сталася смерть.

Заява про реєстрацію повинна бути зроблена *не пізніше трьох діб з дня смерті* чи виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки лікувального закладу або висновку судово-медичної експертизи чи прокурора - не пізніше п'яти.

Підставою для реєстрації є видані лікувальним закладом "*Лікарське свідоцтво про смерть*" (форма № 106/0-95) або "*Фельдшерська довідка про смерть*" (форма № 106-1/0-95), рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення громадянина померлим, а також повідомлення з місць позбавлення волі.

Всі заклади охорони здоров'я, які видають "Лікарське свідоцтво про смерть" або "Фельдшерську довідку про смерть" ведуть журнал обліку померлих (ф. № 151/0). Облік проводиться паралельно з видачею вищевказаних документів, які засвідчують смерть, тільки у випадках, коли останнім місцем проживання померлого був даний район (місто).

Щомісяця в ці журнали вноситься інформація з органів ЗАГСу про померлих, на які видано "Лікарське свідоцтво про смерть" або "Фельдшерська довідка про смерть" у закладах охорони здоров'я за межами даного району (міста) чи у відомчих лікувально-профілактичних закладах.

Для померлих осіб, які за життя були віднесені до категорії постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, слід зробити відмітку про це на підставі відповідного посвідчення.

Журнали обліку померлих у цілому по району чи місту на початку нового за звітним року передаються в обласні центри медичної статистики для автоматизованої обробки та аналізу смертності. Бази обласних даних померлих передаються до інформаційно-аналітичного центру медичної статистики МОЗ України для створення аналогічної державної бази.

Реєстрація народження мертвої дитини повинна бути зроблена не пізніше трьох діб з моменту пологів.

У випадках смерті дитини в період 0-6 діб заповнюється "Медичне свідоцтво про народження" дитини - форма № 103/0-95 і "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" - форма № 106-2/0-95. Останній документ заповнюється також у випадках народження мертвої дитини.

Всі лікувально-профілактичні заклади МОЗ України, які заповнюють "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть", ведуть журнал обліку перинатальної смертності (ф. № 153/0). Запис у журналі робиться паралельно з заповненням вищевказаного свідоцтва.

Щомісячно проводиться корекція числа випадків перинатальної смерті за записом у журналі ф. № 153/0 з числом випадків, зареєстрованих в органах ЗАГСу.

Відповідальність за повідомлення в органи реєстрації актів громадянського стану про народження мертвої дитини, про народження та смерть дитини, яка померла на першому тижні життя, покладається:

- на *головного лікаря (керівника)* закладу охорони здоров'я, де знаходилася мати під час пологів, де вмер новонароджений;
- на *заклад*, лікарі якого надавали медичну допомогу при пологах вдома;
- на *керівника судово-медичної експертизи* - у випадку встановлення факту смерті дитини поза лікарняним закладом (на вулиці, вдома та ін.).

Відділи ЗАГСу, в свою чергу, передають інформацію про чисельність померлих на даній території у відповідні органи статистики, які здійснюють розрахунок загальних і спеціальних показників смертності.

Загальний показник смертності характеризує частоту випадків смерті за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території. Його розраховують так:

$$\text{Загальний показник смертності} = \frac{\text{Число померлих за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

Спеціальні показники смертності - це смертність за статтю (у чоловіків і жінок), за віком (в окремих вікових групах) і за причинами (від окремих класів, груп і нозологічних форм захворювань).

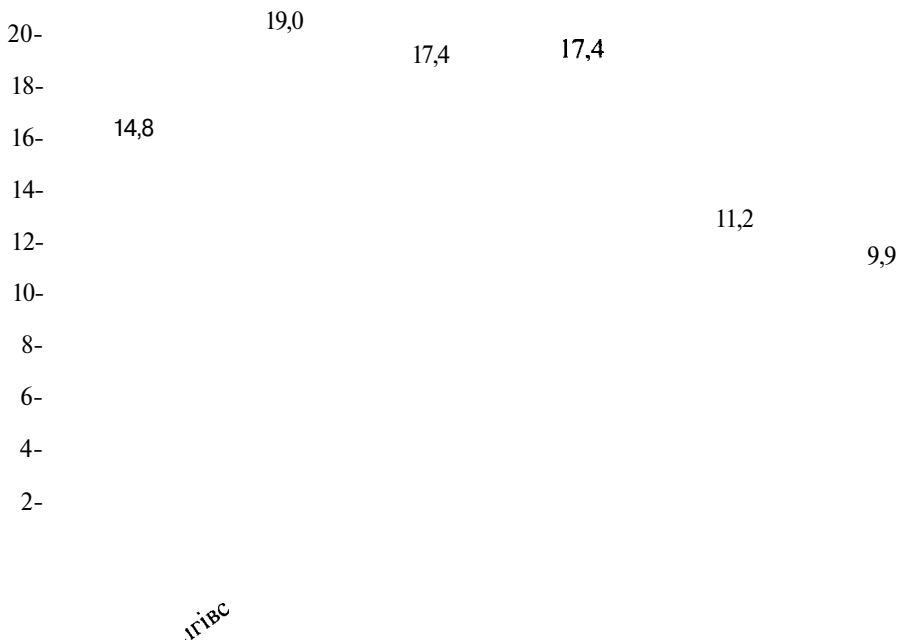
Як свідчать дані таблиці 1 і малюнок 7, за період з 1955 по 1965 рр. в Україні показники загальної смертності становили 7,5-7,6 ‰ і були найнижчими за весь повоєнний час.

Починаючи з 1965 по 1995 рік показник загальної смертності мав неспинну тенденцію до зростання, а з 1995 року почав поступово, хоч і дуже повільно, знижуватись.

У 1999 році порівняно з 1996-м загальний показник смертності зменшився з 15,4 ‰ до 14,8 ‰.

Найбільш високі рівні загальної смертності мають місце в Північно-східному регіоні, далі - в Центральному та Південно-східному регіонах України.

По областях найвищі рівні смертності в останні роки реєструються в Чернігівській, Сумській, найнижчі - в Закарпатській області та в м. Києві (мал. 12).



Мал. 12. Територіальні відмінності рівня загальної смертності в Україні (1999, ‰).

Смертність серед сільського населення в 1,5 раза вища, ніж серед міського. В 1999 році вона становила відповідно 18,7 ‰ і 13 ‰, в той час як стандартизовані за віком показники як для сільського, так і для міського населення були однакові. Ці дані свідчать про те, що різниця в смертності

сільського та міського населення в значній мірі обумовлена різницею у віковій структурі населення (серед сільського населення більше осіб старшого віку).

В Європі середній показник смертності - 10,5 ‰ (1995 рік). Найнижчий рівень у Нідерландах - 8,6 ‰.

Серед деяких зарубіжних країн смертність становить (1995 р.): в Китаї - 7‰, США — 9‰, країнах африканського континенту — 14‰.

До так званих "демографічно еталонних" країн, у тому числі й за показниками загальної смертності, належать Японія (найнижчий рівень смертності в світі протягом багатьох років - близько 5 ‰), країни північної Європи та країни Бенілюксу (Бельгія, Нідерланди, Люксембург).

В Україні показники загальної смертності як чоловіків, так і жінок вищі, ніж у зазначених "демографічно еталонних" країнах.

Смертність населення в статеві-віковому розрізі має досить стабільні особливості, а саме смертність чоловіків у всіх вікових групах вища за смертність жінок. Ця особливість проявляється в усьому світі, але міра переважання чоловічої смертності над жіночою в різних країнах різна.

Різниця особливо проявляється в працездатному віці. Якщо у 15-19-річних чоловіків смертність перевищує жіночу в 1,5 раза, то в 40-49 років це перевищення вже становить 3,5 раза.

Структура загальної смертності серед населення України, з огляду на окремі причини, із року в рік досить стабільна (мал. 13). *Перше місце* займають *хвороби системи кровообігу* (60,5 ‰), на *другому місці* — *злякисні новоутворення* (13,5 ‰), на *третьому* — *нещасні випадки, отруєння та травми* (9,7), на *четвертому* — *хвороби органів дихання* (6,9). Разом вони становлять від 85 до 95 ‰ усіх випадків смерті.

В економічно розвинутих країнах, як і в нових незалежних державах, що утворились на території колишнього СРСР, питома вага померлих від серцево-судинних захворювань становить близько 50 ‰.

Підвищення рівнів смертності в Україні за останні роки відбулося, в основному, за рахунок серцево-судинних хвороб, нещасних випадків, отруєнь і травм, а також за рахунок інфекційних і паразитарних хвороб (табл. 2).

Таблиця 2

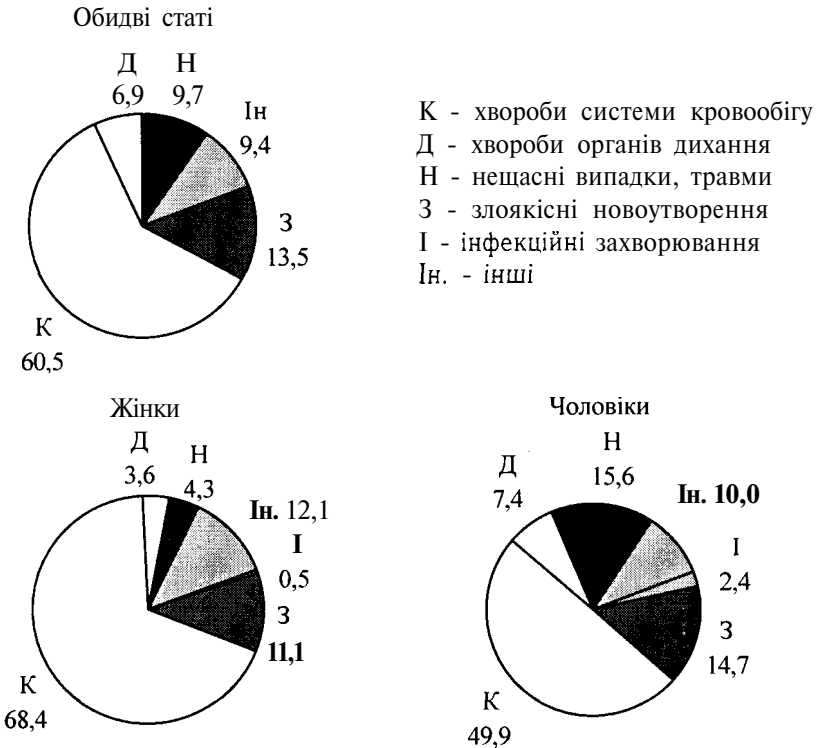
Рівень смертності від окремих причин у 1993 та 1999 рр. (на 100 тисяч населення)

Найменування класу хвороб	Роки		Перевищення,%
	1993	1999	
Хвороби органів кровообігу	782,6	899,5	16,0
Нещасні випадки, отруєння та травми	131,2	142,7	8,0
Інфекційні та паразитарні хвороби	14,5	24,0	42,0

У структурі смертності *дитячого населення* (0-14 років) *перші місця* посідають *нещасні випадки, травми та отруєння* (22,5 ‰ у 1997 р.). Серед цих причин більшу частину становлять випадки загибелі дітей в автокатастрофах. На *другому місці* в структурі загальної смертності дітей -

вроджені аномалії (15,7 %). Хвороби нервової системи та органів дихання посідають *третє* та *четверте* місця (по 7,8 %).

Структура причин смертності за статтю дещо відрізняється (мал. 13). *Перше* місце як у чоловіків, так і у жінок посідають *хвороби системи кровообігу*. Серед *чоловіків* *друге* місце займають нещасні випадки, отруєння та травми, а *третє* - злоякісні новоутворення. В *жінок* на *другому* місці — злоякісні новоутворення, а *третє* займають нещасні випадки, отруєння та травми.



Мал. 13. Структура причин смертності (% , 1999 р.).

Підвищення смертності в Україні за останні роки пов'язане не тільки з *постарінням*. Воно відбулося також у значній мірі за *рахунок населення працездатного віку*.

Структура та рівні смертності населення в *працездатному віці* мають свої особливості. Перші два рангових місця займають хвороби системи кровообігу та нещасні випадки, отруєння та травми.

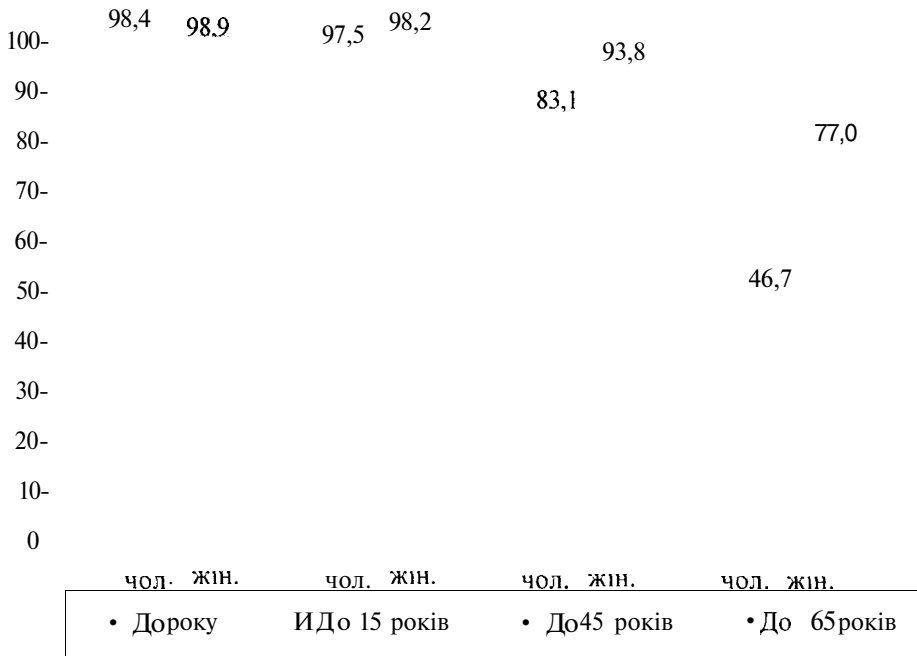
У динаміці рівень смертності населення працездатного віку за останнє десятиріччя підвищився в основному за рахунок нещасних випадків, отруень і травм, хвороб системи кровообігу і найбільше за рахунок інфекційних і паразитарних хвороб - в першу чергу, туберкульозу, дифтерії, СНІДу.

Більш різке зростання рівня смертності в працездатному віці спостерігається серед чоловіків, у яких перші два місця в структурі смертності посідають

хвороби системи кровообігу та нещасні випадки, отруєння та травми. Взагалі, рівні смертності чоловіків працездатного віку від хвороб системи кровообігу перевищують показники жінок в 3-4 рази, а від нещасних випадків, отруєнь і травм - у 5-6 разів.

На основі рівнів смертності в статеві-вікових групах розраховується ще один статистичний показник, який розкриває причини формування смертності в різних вікових групах. Це показник *дожиття до запропонованих ВООЗ вікових рубежів*: до 1 року, до 15 років, до 45 років, до 65 років.

В Україні показники дожиття до основних життєвих рубежів мають суттєву статеву різницю, яка збільшується з віком. Так, до 45 років доживає 93,8 % жінок і лише 83,1 % чоловіків, до 65 років відповідно 77 % і 46,7 % (мал. 14).



Мал. 14. Показники дожиття населення України до основних вікових меж (%).

За останні роки в міжнародній практиці використовується ще один інтеграційний показник, що пов'язує смертність від окремих причин з потенційною втратою років життя. *Показник потенційно втрачених років життя* за період 0-65 років серед чоловіків майже в 3 рази вищий, ніж у жінок, які помирають у значно старшому віці.

Смертність чоловіків в Україні можна визначати як надсмертність. Порівняно з розвинутими країнами зарубіжжя вона призводить до скорочення їх життя на 10-15 років.

Материнська смертність

Материнська смертність- це статистичне поняття, пов'язане зі смертю жінки під час вагітності чи протягом 42 днів після її закінчення, незалежно від тривалості та локалізації вагітності, від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю чи обтяженою нею, чи з її веденням, але не від нещасного випадку чи інших випадкових причин.

Пізня материнська смертність пов'язана зі смертю жінки від прямих або непрямих акушерських причин, пізніше ніж через 42 доби, але раніше одного року після закінчення вагітності.

Смерть, що пов'язана з вагітністю, - це смерть жінки під час вагітності чи в межах 42 днів після її закінчення, незалежно від причини смерті.

Випадки материнської смертності поділяють на 2 групи:

1. Безпосередньо пов'язані з акушерськими причинами - це випадки, які є результатом акушерських ускладнень стану вагітної, а також втручань, недогляду, помилок у лікуванні.

2. Опосередковано пов'язані з акушерськими причинами - випадки, які є наслідком якоїсь хвороби, яка була в жінки раніше чи розвинулась під час вагітності та яка не була викликана безпосередньо акушерськими причинами, але була ускладнена фізіологічним впливом вагітності.

Смертність немовлят

Смертність немовлят - один із вікових показників смертності. Він характеризує частоту смерті дітей на 1-му році життя.

Смертність немовлят виділяють із проблеми смертності внаслідок її соціального значення.

Цей показник ВООЗ поряд із іншими, такими як частка внутрішнього валового продукту (ВВП) у розрахунку на душу населення, загальні витрати на охорону здоров'я від ВВП тощо, використовується для оцінки соціально-економічного благополуччя країни.

В Україні рівень смертності немовлят визначається за методикою, рекомендованою ВООЗ. Ця методика передбачає розрахунок рівня смертності окремо для дітей, що померли у віці до 1 року з покоління поточного та попереднього років, відносно до відповідного числа дітей, що народилися живими в попередньому та поточному роках.

Формула розрахунку рівня смертності немовлят за рекомендаціями ВООЗ така:

Рівень смертності немовлят	=	Число померлих у віці до 1 року з покоління <u>поточного року</u> · 1000 Число дітей, що народилися живими в поточному році	/	Число померлих у віці до 1 року з покоління <u>минулого року</u> · 1000 Число дітей, що народилися живими в минулому році
----------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Приклад. В області в 1999 році померло на першому році життя 240 дітей, з них 160 дітей народилося в тому ж 1999 році, а 80 дітей - у минулому 1998 році. Народжених живими дітей у 1999 році було 17400, а у 1998 році - 18450.

$$\text{Показник смертності немовлят за 1999 р.} = \frac{160 \cdot 1000}{17400} + \frac{80 \cdot 1000}{18450} = 9,2 \% + 4,3 \% = 13,5 \%$$

З метою постійного поточного контролю за рівнем смертності немовлят і аналізу сезонних коливань розраховують показники смертності немовлят за календарний місяць. Оскільки серед померлих дітей у поточному місяці можуть померти діти з числа народжених живими за поточний місяць і 12 попередніх місяців, то при розрахунку щомісячного показника береться середньомісячне число народжених живими за 13 місяців.

$$\text{Показник смертності за календарний місяць} = \frac{\text{Число дітей, які померли у віці до 1 року за даний місяць}}{\text{Середньомісячне число новонароджених дітей за 13 останніх місяців (число новонароджених за даний та 12 попередніх календарних місяців : 13)}} \cdot 1000$$

Окремо виділяють смертність у *неонатальний, ранній неонатальний та постнеонатальний* періоди життя дитини.

Неонатальний період починається з народження дитини та закінчується через 28 повних днів після народження.

Неонатальна смертність - смертність серед народжених живими протягом перших 28 повних днів життя - визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли протягом перших 28 повних днів життя}}{\text{Число народжених живими в поточному році}} \cdot 1000$$

Ранній неонатальний період охоплює *перші сім днів* або 168 годин життя. Смертність у ранньому неонатальному періоді визначається так:

$$\frac{\text{Число померлих протягом 7 днів (168 годин життя)} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році}}$$

Серед дітей, що помирають на першому місяці життя, 2/3 (60-70 %) складають випадки смерті в ранньому неонатальному періоді, тобто в перші 7 днів життя.

В свою чергу, питома вага неонатальної смертності в загальній смертності немовлят у більшості країн становить 50-60 %, а в деяких досягає 70 %.

Період життя дитини після перших повних 28 днів називають *постнеонатальним* (29 днів-12 місяців). Смертність у цьому періоді визначають за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли у віці 29 днів-12 місяців} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими в поточному році}} - \frac{\text{Число дітей, що померли на першому місяці життя}}{\text{Число дітей, що народилися живими в поточному році}} \cdot 1000$$

Рівні та тенденції смертності немовлят у значній мірі визначаються *перинатальною* смертністю - це смертність дітей в перинатальному періоді.

Перинатальний період складається з:

1. антенатального - з 28 тижня вагітності до початку пологів;

2. інтранатального - період пологів;

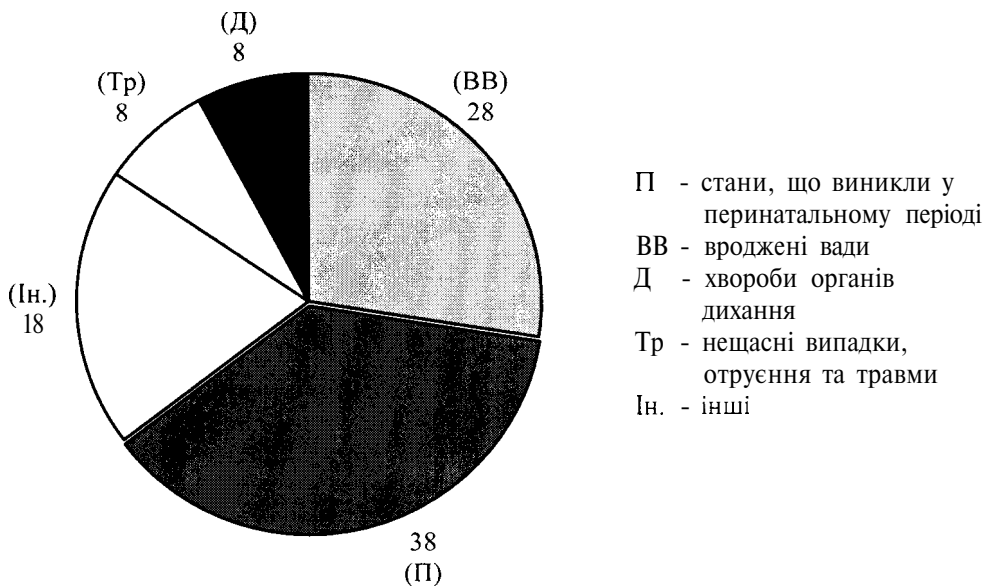
3. постнатального - 7 повних днів життя новонародженого чи 168 годин після народження.

Рівень перинатальної смертності визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що народилися мертвими}}{\text{Число дітей, що народилися живими та мертвими}} \cdot \frac{\text{Число дітей, що померли протягом перших семи днів}}{\text{Число дітей, що народилися живими та мертвими}} \cdot 1000$$

Таким чином, перші сім днів життя враховуються для розрахунку показників смертності немовлят і перинатальної смертності.

У структурі смертності немовлят *перше місце* посідають *стани, що виникли в перинатальному періоді*; на *другому* - *вроджені вади розвитку*, на *третьому* — *хвороби органів дихання*, на *четвертому* — *нещасні випадки, отруєння, травми* (мал. 15).



Мал. 15. Питова вага окремих причин смерті немовлят (1999, %).

Ризик смерті для немовлят найбільший у неонатальному періоді, при цьому він піддається найважче контролю та зниженню, оскільки пов'язаний з важкокерованими на сьогодні ендогенними чинниками.

Якщо смертність немовлят на першому місяці життя в переважній більшості випадків спричиняється станами, що виникають у перинатальному періоді

(приблизно 2/3) і вродженими аномаліями (більш ніж на 1/4), то за межами першого місяця серйозною загрозою життю немовлят є, перш за все, захворювання органів дихання (20 % всіх випадків смерті в постнеонатальному періоді), інфекційні та паразитарні хвороби (майже 15 %), травми в результаті нещасних випадків (майже 10 %).

Велике практичне значення для оцінки регіональних особливостей смертності немовлят має визначення співвідношення між неонатальною та постнеонатальною смертністю у відсотках. Для цього досить визначити питому вагу неонатальної смертності в загальній смертності немовлят. Цей показник, у свою чергу, дає можливість визначити так званий *тип смертності немовлят*.

Розрізняють три типи смертності немовлят:

тип А - на першому місяці життя помирає 50 % і більше від загального числа дітей, померлих на 1-му році;

тип В — на 1 місяці помирає від 30 до 49 % загального числа померлих на 1-му році;

тип С - менше 30 % дітей помирає на першому місяці життя, решта - в постнеонатальному періоді.

Якщо розглядати два крайні типи А та С, то при типі А більша частина дітей помирає на першому місяці життя від станів, що виникли в перинатальному періоді. Ці діти часто знаходяться в дуже важкому незворотному стані. В той же час при типі С переважна частина дітей помирає в постнеонатальному періоді. Провідними причинами їх смерті є хвороби органів дихання, травми та інфекційні захворювання, які необхідно попереджувати та можна лікувати.

Ось чому більш сприятливим у порівнянні крайніх типів смертності є тип А, ніж С. Наявність типу смертності С при навіть незначних рівнях смертності немовлят свідчить про недоліки в організації лікувально-профілактичної допомоги дітям першого року життя.

В Україні (1999 р.) на неонатальний період припадає 53,0 % випадків смерті немовлят (у містах - 62,9 %, у селах - 38,5 %).

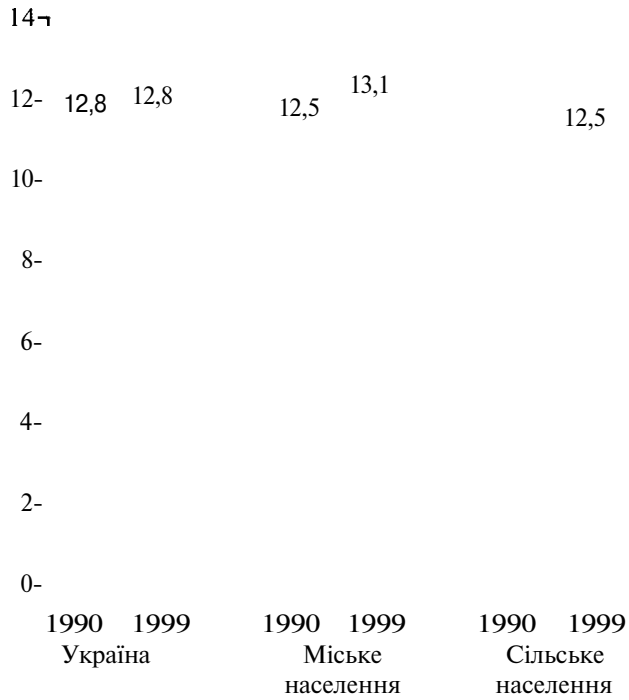
За світовими оцінками питома вага неонатальної смертності на рівні 70-80 % вважається ознакою високого ступеня соціального контролю над смертністю немовлят. Нині такі показники зафіксовані в тих розвинутих країнах світу, що мають найнижчі рівні смертності немовлят.

Рівень смертності немовлят з 1950 по 1999 рр. скоротився майже в 6 разів (табл. 1).

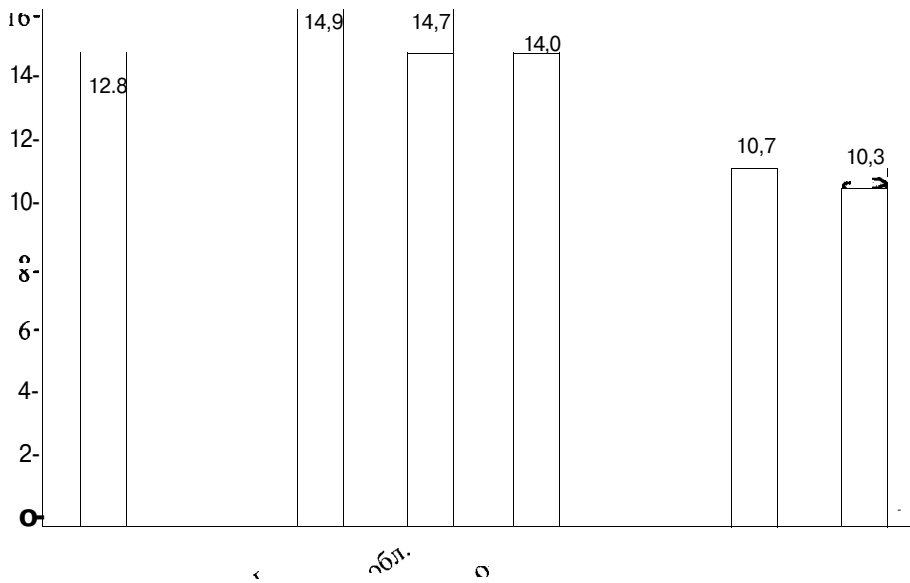
За період з 1990 по 1999 рр. відмічається позитивна динаміка цього показника як серед сільського населення, так і серед міського населення (мал. 16).

Найнижчою за повоєнні роки смертність немовлят була в 1990, 1998, 1999 рр. - 12,8 %о.

Смертність хлопчиків першого року життя на 30 % вища, ніж дівчаток цього ж віку.



Мал. 16. Смертність немовлят в Україні серед міського та сільського населення (на 1000 народжених живими).



Мал. 17. Територіальні відмінності показника смертності немовлят (на 1000 народжених живими).

Для смертності дітей віком до одного року характерна значна територіальна диференціація показників. Найвищі показники смертності немовлят у 1999 р. зафіксовані в місті Севастополі, Львівській, Донецькій, Івано-Франківській, Харківській областях, а відносно низькі - в Волинській та Вінницькій областях (мал. 17). Найбільш високі показники реєструються в Південно-Східному та Південному регіонах, а найменші - в Центральному.

Хоча рівні смертності немовлят в Україні в 90-х роках стали значно нижчими, ніж у минулому, однак за сучасними європейськими стандартами вони є занадто високі. В 1999 році загальний показник смертності немовлят в Україні (12,8 %) майже вдвічі перевищував аналогічний в Західній Європі (6,5 %).

На формування рівня смертності немовлят впливає значне число чинників (мал. 18).

Основні групи чинників, що впливають на формування рівня смертності

1

Вік і стать	Характер вигодовування	Здоров'я батьків	Якість надання медичної допомоги		Стан довкілля
			спосіб життя	аборти в анамнезі	акушерсько-гінекологічної педіатричної

Мал. 18. Вплив основних чинників на рівень смертності немовлят.

Показники смертності немовлят у значній мірі обумовлені рівнем соціально-економічного розвитку. В економічно розвинутих країнах вони становлять 8-10 %. У країнах, що розвиваються, смертність немовлят набагато вища: в африканському регіоні вона коливається в межах 76-130 на 1000 народжених, в Індії та Непалі — 100-110 з 1000 народжених дітей не доживає до одного року.

За останні роки в структурі причин смертності немовлят відбулись позитивні зміни: зниження смертності від хвороб органів дихання, інфекційних і паразитарних захворювань.

Зростання смертності дітей першого року життя в Україні відбувається в першу чергу від вроджених вад, хвороб ендокринної та нервової систем.

Відчутне збільшення смертності немовлят від вроджених аномалій та хвороб ендокринної системи можна розглядати як один з наслідків погіршення стану довкілля, в тому числі впливу Чорнобильської катастрофи: з 1986 по 1997 роки число народжених з вродженими аномаліями в Україні (в розрахунку на 1000 живонароджених) збільшилось майже в 1,7 раза.

Таким чином, смертність дітей віком до одного року є одним із найчутливіших індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти та культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Середня очікувана тривалість життя

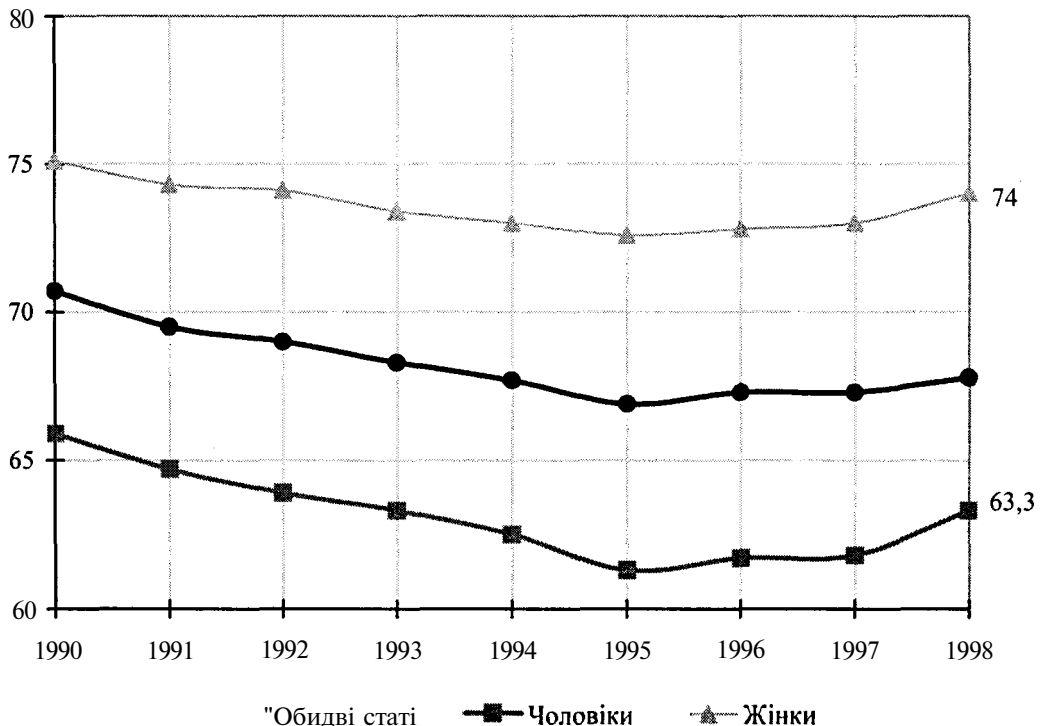
Серед демографічних показників є ще один, який використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення - *середня очікувана тривалість життя* — це середнє число років, що належить прожити поколінню, яке народилося (ровесникам певного віку) при умові, якщо протягом наступного ЖИТТЯ показники смертності будуть такими ж, як і в роки, для яких робились розрахунки.

На показник середньої очікуваної тривалості життя особливо впливає збільшення смертності серед дітей, молоді та осіб працездатного віку. Тому він має більше практичне значення, ніж загальний рівень смертності, на який значно впливає висока частота та питома вага смертності населення непрацездатного віку.

Аналіз показника середньої очікуваної тривалості життя з 1990 по 1998 рр. свідчить, що він скоротився для обох статей загалом і окремо для кожної з них.

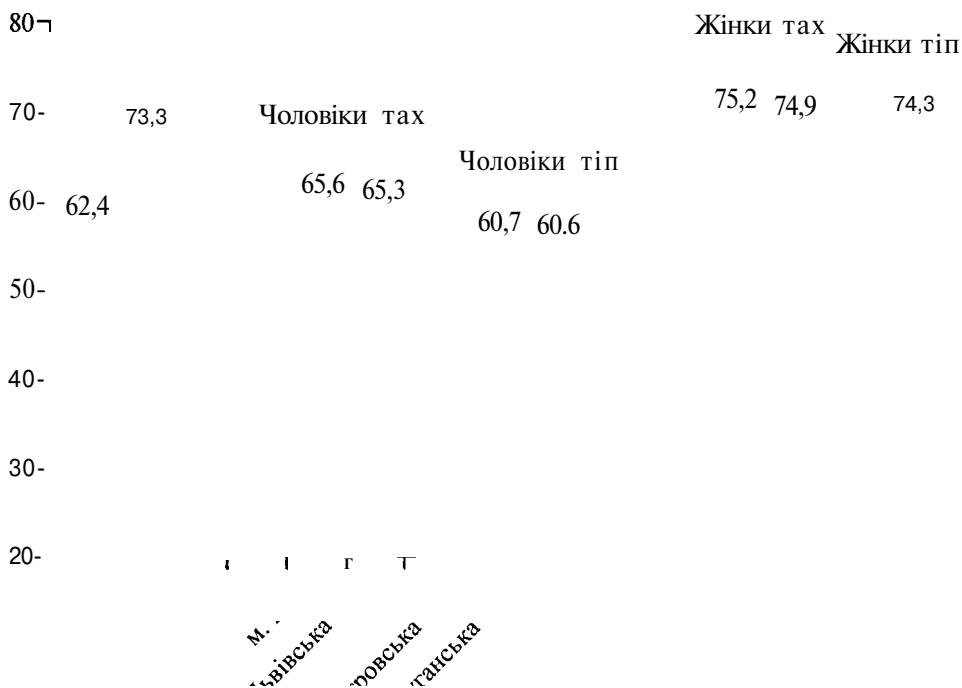
У 1997 р. середня очікувана тривалість життя становила в Україні 67,8 років, у тому числі 62,4 років для чоловіків і 73,3 років для жінок, тобто різниця становить 11 років, тоді як на початку 90-х років вона не досягала 10 років. У 1998 р. середня очікувана тривалість життя чоловіків становила 63,3 роки, а у жінок - 74 роки.

Динаміка середньої очікуваної тривалості життя в Україні за 1990-1998 рр. представлена на мал. 19.



Мал. 19. Динаміка середньої очікуваної тривалості життя в Україні (1990-1998 рр.)-

Найвищі показники очікуваної тривалості життя у жінок мають місце, в основному, в Західному регіоні: у Львівській, Тернопільській областях і в м. Києві, найнижчий - у жінок Одеської області (мал. 20).



Мал. 20. Максимальні та мінімальні показники середньої очікуваної тривалості життя в областях України (1997).

Серед чоловіків найвищі показники очікуваної тривалості життя відмічаються в Львівській області та в м. Києві. Найнижчі для чоловіків ці показники були в Донецькій, Луганській та Дніпропетровській областях.

У Європі середня очікувана тривалість життя серед жінок становить у середньому 76,9 років: у Швеції - 81,8 років, Греції - 80,5 років, Фінляндії — 80,5 років, Англії - 79,5 років (1995 рік). Серед чоловіків цей показник у Європі дорівнює 68,4 років: у Швеції - 76,3 років, Греції - 75,2 років.

Як відомо, найбільший вплив на показники середньої очікуваної тривалості життя спричиняє смертність від хвороб системи кровообігу, новоутворень і зовнішніх причин (нешасні випадки, отруєння, травми).

Так, рівень смертності від хвороб системи кровообігу в Україні майже в два рази вищий, ніж у середньому по Європі, а смертність внаслідок зовнішніх причин - у 3,6 раза.

На сьогодні Україна за тривалістю життя на 10 років відстала від Західної Європи. У чоловіків ця різниця становить 13 років, серед жінок - 9 років. І це тим більше прикро, бо в середині 60-х років Україна зрівнялась із Західною Європою, США та Японією за цими показниками середньої тривалості життя.

Нині рейтинг України серед країн за середньою тривалістю життя дуже низький (102 місце у жінок і 126 у чоловіків).

Комплекс демографічних показників - рівень і структура загальної смертності та смертності немовлят, середня очікувана тривалість життя, питома вага осіб старше 60 років, тип вікової структури населення, переважання в структурі смертності тих або інших класів захворювань, поширеність хронічних неепідемічних хвороб - дозволяє визначити в тій чи іншій країні *тип патології населення*. Розрізняють країни з *неепідемічним, епідемічним і проміжними* типами патології (таблиця 3).

Таблиця 3

Характеристика основних типів патології населення наприкінці ХХ сторіччя

Показники, основні характеристики здоров'я	Тип патології		
	неепідемічний (економічно розвинуті країни)	проміжний (недостатньо економічно розвинуті країни)	епідемічний (країни, що розвиваються)
Рівні загальної смертності (на 1000 населення)	низькі (8-12)	середні (13-16)	високі (17-20 і більше)
Рівні смертності немовлят (на 1000 народжених живими)	низькі (6-15)	середні (16-30)	високі (30-60 і більше)
Середня очікувана тривалість життя (роки)	висока (65-75 і більше)	середня (50-65)	низька (40-50)
Тип вікової структури населення	регресивний	стаціонарний	прогресивний
Темпи постаріння населення (питома вага осіб старших 60 років, %)	значні (15-20)	помірні (5-10)	низькі (нижче 5)
Захворювання, що займають провідні місця в структурі смертності	хронічні неепідемічні	хронічні епідемічні	інфекційні

Демографічну ситуацію в Україні протягом останнього десятиліття характеризують як незадовільну.

Про різке погіршення демографічної ситуації в Україні свідчать такі дані: за період з 1987 по 1998 рр. народжуваність скоротилась у 1,7 раза, а за 6 років з 1991 по 1998 рр. померло на 1,9 млн. чоловік більше, ніж народилось. Україна серед інших країн має відносно високі рівні загальної смертності та смертності немовлят.

Серед причин, що обумовлюють погіршення демографічної ситуації в Україні в 90-х роках, учені відзначають:

- економічну дестабілізацію;
- зниження життєвого рівня переважної більшості населення;
- деградацію соціальної сфери;
- катастрофічне погіршення стану довкілля;
- загострення криміногенної ситуації.

Слід зазначити, що *вплив на демографічну ситуацію* — в напрямку підвищення народжуваності та зниження смертності населення і особливо смертності немовлят, а також підвищення тривалості життя - є *важливою складовою частиною соціальної політики нашої держави*.

У доповіді-звіті за результатами роботи над проектом "Українська ініціатива з охорони здоров'я", виконаним фахівцями Міністерства охорони здоров'я в співпраці з Державним комітетом статистики та Національною академією наук в 1996-1997 рр., за участю Кабінету Міністрів України та за сприяння ЮНІСЕФ, Світового банку, Всесвітньої організації охорони здоров'я пропонуються такі *рекомендації щодо поліпшення демографічної ситуації*:

1. Забезпечення більшої прив'язки до вирішення демографічних проблем усіх напрямків соціально-економічної політики, в першу чергу в галузі заробітної плати, приватизації, житлової та податкової політики.

2. Посилення соціального захисту материнства та дитинства із запровадженням відповідної допомоги на рівні не нижче вартісної межі малозабезпеченості.

3. Сприяння жінкам у вирішенні проблем працевлаштування для успішного поєднання їх професійної діяльності з материнством.

4. Вжиття заходів, спрямованих на покращання умов утримання та виховання дітей у навчально-виховних закладах.

5. Створення нової моделі дошкільного дитячого закладу в кількох регіонах України (Київ, Харків, Одеса, Чернівці).

6. Створення системи моніторингу бездомних дітей.

Контрольні питання

1. Визначення поняття "здоров'я" з точки зору індивідуального теоретичного, практичного та популяційного підходів.
2. Медичні показники здоров'я населення.
3. Провідні групи чинників, що впливають на здоров'я населення.
4. Що таке демографія, її основні розділи?
5. Які показники належать до демографічних?
6. Які показники характеризують природний рух?
7. Джерела вивчення показників природного руху.
8. Показник "демографічного навантаження". Методика розрахунку.
9. Методика визначення загального та спеціальних показників народжуваності.
10. Фактори, що впливають на рівень народжуваності. Тенденції, характерні для **показника народжуваності в Україні**.

11. Загальний та спеціальні показники смертності. Методика розрахунку.
12. Причини смертності в різних групах населення.
13. Смертність немовлят в Україні, її вікові особливості.
14. Причини та фактори, що впливають на формування рівня смертності немовлят.
15. Перинатальна смертність. Методика розрахунку показника.
16. Що розуміють під середньою очікуваною тривалістю життя? Показники в Україні та інших країнах.
17. Характеристика сучасної демографічної ситуації в Україні.

4.3. Методика вивчення захворюваності (загальної, з тимчасовою втратою працездатності)

Захворюваність населення - збірне поняття, що включає в себе показники, які характеризують рівень різних захворювань та їх структуру серед усього населення або окремих його груп на даній території.

В комплексі медичних показників здоров'я захворюваність посідає особливе місце. Її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що в свою чергу призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення.

Матеріали про рівень і структуру захворюваності в різних регіонах, а також в окремих статевих-вікових групах, особливо в динаміці за ряд років, необхідні для цілеспрямованої розробки програм щодо зміцнення здоров'я населення, зокрема при плануванні розвитку мережі лікувально-профілактичних закладів і підготовки медичних кадрів.

Важливо також, що показники захворюваності є одним із найбільш інформативних критеріїв діяльності органів і закладів охорони здоров'я та ефективності проведення лікувальних, профілактичних, соціальних та інших заходів.

Нарешті, вивчення їх визначає шляхи профілактики тих або інших захворювань.

Статистика захворюваності багато в чому доповнює статистику смертності при оцінці здоров'я населення та має порівняно з нею важливу перевагу, а саме оперативність. Разом з тим, на відміну від демографічних явищ (народження, смерть), які легко піддаються визначенню, вивчення захворюваності пов'язано зі значними труднощами. Захворювання може мати невизначений початок і в такій же мірі невизначений у часі кінець. Можуть спостерігатися "стерті" форми захворювання, бацілоносійства, важко буває відрізнити захворювання від морфологічних, скелетних змін тощо.

До цього ж, населення не завжди звертається за медичною допомогою. Захворювання здебільшого стає доступним для реєстрації лише тоді, коли хворий за нею звертається. Внаслідок цього повнота даних про захворюваність перш за все залежить від об'єму та характеру медичної допомоги, її доступності та якості.

Основними методами вивчення захворюваності є методи, що передбачають використання таких даних:

- звертань за лікарською допомогою в медичні заклади;
- медичних оглядів окремих груп населення;
- про причини смерті;
- опитування населення;
- спеціальних вибіркового досліджень.

Кожний метод має позитивні сторони та недоліки, які необхідно знати та враховувати в практичній діяльності. Жоден з них не дає вичерпаного уявлення про захворюваність населення. Тільки використання їх у поєднанні дозволяє одержати досить повну інформацію (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльна характеристика основних методів вивчення захворюваності населення

Найменування методу	Переваги методу	Недоліки методу
1. Метод реєстрації звертань за медичною допомогою	<ul style="list-style-type: none"> • доступність для всіх верств населення; • безперервність та динамічність спостереження за станом здоров'я населення; • оперативність обліку захворювань; • найбільш повний облік гострих захворювань; • можливість виділення вперше зареєстрованих протягом року захворювань; • більша економічність 	<ul style="list-style-type: none"> • неповний облік хронічних захворювань; • неповний облік початкових і безсимптомних стадій та форм хвороб; • неповний облік захворювань у випадках: недостатньої доступності медичної допомоги, недостатньої повноти реєстрації захворювань і ступеня спеціалізації медичної допомоги, низької санітарної культури населення; при обслуговуванні населення в приватних медичних закладах
2. Вивчення захворюваності за даними медичних оглядів	<ul style="list-style-type: none"> • достатньо повний облік хронічних захворювань; • виявлення хвороб на початкових стадіях; • незалежність результатів оглядів від доступності медичної допомоги, санітарної культури населення тощо 	<ul style="list-style-type: none"> • неможливість обліку гострих захворювань; • охоплення тільки окремих груп населення: дітей, учнівської молоді, працівників деяких професій; • досить висока вартість

Найбільш прийнятним є метод вивчення захворюваності за звертаннями за медичною допомогою. Це пов'язано з обов'язковою реєстрацією захворювань, що здійснюється в державних лікувально-профілактичних закладах. Але повнота даних про захворюваність населення за методом звертань може бути обмежена:

- при недостатній доступності медичної допомоги (наприклад, у сільській місцевості);
- низькому рівні медичної культури населення;

- недостатньому авторитеті серед населення медичного закладу в цілому або окремих лікарів тощо.

Вивчення захворюваності за даними звертань дозволяє найбільш повно враховувати так звані "гострі" захворювання. Цей метод не потребує додаткових коштів.

При вивченні захворюваності за даними медичних оглядів, повнота інформації про захворюваність залежить від:

- систематичного їх проведення;
- участі лікарів необхідних спеціальностей;
- достатнього діагностичного забезпечення;
- контролю своєчасності та повноти оглядів.

При використанні цього методу забезпечується найбільш повний облік раніше невідомих хронічних захворювань, або тих, з приводу яких населення активно не звертається до медичних закладів. Перевагою цього методу є також виявлення початкових форм і стадій захворювань, уточнення діагнозу деяких хронічних захворювань тощо.

Вивчення захворюваності за даними *причин смерті* є додатковим методом до двох вищевказаних. Він особливо актуальний щодо обліку тих захворювань, які можна зареєструвати тільки при звертанні за одержанням лікарського свідоцтва про смерть (йдеться про хворих, що раніше не звертались до медичних закладів і померли вдома), а також раптових хвороб, які дають високу летальність і не були виявлені обома першими методами (інфаркти, інсульты, травми тощо).

Якщо в попередні роки методи вивчення захворюваності за даними звертань і медичних оглядів були провідними, то в сучасних умовах, при появі значного числа недержавних медичних закладів і особливо при впровадженні елементів страхової медицини, найбільш повна інформація про захворюваність може бути отримана за даними спеціальних вибіркового досліджень і опитування населення.

Перевагою методу *опитування* є можливість обліку захворювань, з якими населення не зверталось з тих або інших причин за медичною допомогою, а також з'ясування думки людини щодо свого захворювання.

В той же час йому притаманна в певній мірі суб'єктивність, пов'язана з самодіагностикою захворювань, а також значною кількістю помилкових відповідей на запитання анкети.

Вивчення захворюваності з використанням окремо кожного із вказаних методів не дає уявлення про дійсну вичерпну поширеність патології. Цим завданням більш повно відповідають *спеціальні вибіркові, поглиблені* дослідження. При їх проведенні визначають регіональні, статеві-вікові особливості захворюваності при різних рівнях медичного забезпечення.

Вибіркові спеціальні дослідження, в тому числі захворюваності населення, дозволяють отримати більш детальну та якісну інформацію в коротші терміни та за менші кошти. Широке розповсюдження їх передбачено Програмою

реформування державної статистики на період до 2000 року, затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України № 971 від 22 червня 1998 року.

Вибіркові спеціальні дослідження є частиною програм поглибленого вивчення здоров'я, які застосовуються при проведенні переписів населення.

Останні за часом дослідження такого роду були приурочені в Україні до Всесоюзних переписів населення 1970 та 1989 рр. У зв'язку з першим Всеукраїнським переписом 2001 року заплановано чергове вибіркоче поглиблене дослідження захворюваності в межах загальної програми вивчення здоров'я населення України.

В більшості *зарубіжних країн* для характеристики захворюваності використовується вибіркоче вивчення документації про госпіталізацію хворих і опитування вибіркових груп населення із застосуванням анкетного методу.

Лише в деяких країнах проводиться вивчення загальної захворюваності за даними лікарів загальної практики, органів соціального страхування та ін.

У *Великій Британії*, де існує державна система охорони здоров'я, проводяться дослідження загальної захворюваності на основі записів лікарів загальної практики.

Більшість економічно розвинутих країн використовують з цією метою інше джерело інформації - опитування (інтерв'ю) вибіркових груп населення.

Так, у *США* перманентні дослідження здоров'я населення, починаючи з 1958 року, включають вивчення захворюваності на вибірковій сукупності сімей за допомогою анкети, яка містить понад 40 питань щодо членів родини, їх захворювань, одержаної медичної допомоги, використаних медикаментів тощо. Методика проведення таких досліджень у США з роками вдосконалюється, їх координацією займаються кілька спеціалізованих "Центрів по контролю захворюваності", які, крім опитування населення, застосовують інтерв'ю телефоном, а також виїзди спеціальних бригад, що проводять інструментальні методи обстеження.

Японія проводить вивчення захворюваності методом опитування населення вибіркових районів. Реєструються відповіді про перенесені захворювання, що мали місце лише за 2 місяці до опитування.

Дослідження, що проводяться в *Данії, Франції*, також базуються на опитуванні населення за спеціальною *анкетой*.

Неодмінною умовою при вивченні здоров'я населення, зокрема захворюваності, є уніфікація підходу лікарів різних країн світу до визначення та формулювання діагнозів хвороб, що дає можливість порівнювати захворюваність у часі та в різних регіонах.

Як відомо, існує близько 5000 діагностичних термінів, що застосовуються лікарями в практичній діяльності. Природно, що статистична розробка даних про захворюваність не можлива без раціонально побудованого групування, тобто класифікації та номенклатури захворювань.

Проект міжнародної номенклатури та класифікації захворювань був уперше затверджений в 1900 р. на Міжнародній статистичній конференції в Парижі, яка зібрала представників 26 країн. В подальшому міжнародні класифікації час від часу переглядались і змінювались відповідно з прогресом медичної науки. Відбувалося це приблизно кожні 10 років.

Починаючи з 1962 р., в нашій країні використовується Міжнародна класифікація хвороб, травм і причин смерті (МКХ), яка періодично переглядається та затверджується спеціальним комітетом експертів з медичної статистики та підкомітетом з класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Міжнародна статистична класифікація хвороб останнього Десятого перегляду (МКХ-10) була затверджена сорок третьою Асамблеєю ВООЗ 1 січня 1993 року. Згідно з рішенням Асамблеї документ має нову назву "Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я", хоча зручну аббревіатуру МКХ збережено (табл. 5).

Таблиця 5

Міжнародна класифікація хвороб Десятого перегляду (МКХ-10)

I	Інфекційні та паразитарні хвороби
II	Новоутворення
III	Хвороби крові та кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин
V	Розлади психіки та поведінки
VI	Хвороби нервової системи
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка
IX	Хвороби системи кровообігу
X	Хвороби органів дихання
XI	Хвороби органів травлення
XII	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини
XIV	Хвороби сечостатевої системи
XV	Вагітність, пологи та післяпологовий період
XVI	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді
XVII	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії
XVIII	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявляються при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників

Крім 19-ти класів хвороб, до МКХ-10 включено два додаткові розділи:

XX	Зовнішні причини захворюваності та смертності
XXI	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Основними принципами побудови Міжнародної класифікації хвороб, травм і причин смерті є спільність етіології чи патогенезу захворювань або поєднання локально-етіологічного та локально-патогенетичного принципів.

Кожен клас хвороб розподіляється на групи, а групи на рубрика. Наприклад, IV клас хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушень обміну речовин має 6 груп:

- хвороби щитовидної залози;
- цукровий діабет;
- порушення інших ендокринних залоз;
- недостатність харчування;
- ожиріння та інші види надмірного харчування;
- порушення обміну речовин.

У свою чергу, наприклад, група хвороб щитовидної залози має 5 рубрик:

- синдром вродженої йодної недостатності;
- хвороби щитовидної залози, пов'язані з йодною недостатністю, та подібні стани;
- гіпотиреоз;
- тиреотоксикоз (гіпертиреоз);
- тиреоїдит;
- інші форми хвороб щитовидної залози.

Основним *нововведенням МКХ-10* є використання алфавітно-цифрового кодування (що замінює попереднє цифрове), коли за певною літерою латинського алфавіту позначаються дві цифри коду, а при необхідності більшої деталізації рубрики - його третя цифра.

Наприклад, клас хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушень обміну речовин позначається тризначним кодом від E00 до E90. В свою чергу хвороби щитовидної залози мають коди від E00 до E07, цукровий діабет - E10-E14 тощо.

Приклад кодування за окремими підрубриками:

Тиреотоксикоз (гіпертиреоз) - E05, у тому числі:

тиреотоксикоз з дифузним зобом - E05.0;

тиреотоксикоз з токсичним одновузловим зобом - E05.1;

тиреотоксикоз з токсичним багатовузловим зобом - E05.2.

В Україні, згідно з Постановою Кабінету Міністрів за № 326 від 04.05.93 р. "Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку та статистики", розпочато впровадження МКХ-10 у лікувально-профілактичних закладах з 1999 року.

При вивченні захворюваності *за даними звертань* за медичною допомогою розрізняють *такі її види*:

1. *загальна захворюваність* - облік всіх захворювань (гострих і хронічних), які зареєстровані у населення певної території за певний період;

2. *інфекційна захворюваність* - спеціальний облік гострих інфекційних захворювань, пов'язаний з необхідністю оперативного проведення протиепідемічних заходів;

3. *захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання* підлягає спеціальному обліку внаслідок їх епідеміологічного та соціального значення (злоякісні новоутворення, туберкульоз, венеричні, психічні захворювання тощо);

4. *госпітальна чи "госпіталізована" захворюваність* дає можливість вивчити склад хворих, що лікувались у стаціонарі;

5. *захворюваність з тимчасовою втратою працездатності* робітників і службовців виділяється внаслідок її соціального та економічного значення.

Кожен з цих видів захворюваності вивчається за певними *обліковими документами* та оцінюється за різними *показниками* (табл. 6).

Таблиця 6

Основні джерела інформації та показники, що характеризують окремі види захворюваності

№	Методи вивчення, види захворюваності	Основні джерела інформації	Основні показники
1	За даними звертань за медичною допомогою		
1.1	Загальна захворюваність	Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів Талон амбулаторного пацієнта	Загальна захворюваність (поширеність захворювань) Первинна захворюваність Структура загальної та первинної захворюваності
1.2	Інфекційна	Екстрене повідомлення	Рівень і структура інфекційної захворюваності
1.3	Неепідемічна	Повідомлення про важливі неепідемічні захворювання	Рівень і структура неепідемічної захворюваності
1.4	Госпіталізованих хворих	Статистична карта пацієнта, що вибув із стаціонару	Рівень і структура захворюваності госпіталізованих хворих
1.5	Із тимчасовою втратою працездатності	Листок непрацездатності	Число випадків тимчасової непрацездатності (ТН) на 100 працюючих Число календарних днів ТН на 100 працюючих Середня тривалість одного випадку ТН
2	За даними медичних оглядів (цільових, попередніх, періодичних)	Список осіб, що підлягають медичним оглядам	
3	За даними про причини смерті	Лікарське свідоцтво про смерть Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть Фельдшерська довідка про смерть	Показники рівня та структури захворюваності, що призвели до смерті

Загальна захворюваність

Загальна захворюваність враховує поширеність усіх хвороб серед усього населення в цілому та окремих захворювань у певних його групах на даній території за результатами звертань.

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворюваності, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року.

Загальна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації *усіх первинних звертань хворих*.

Первинним звертанням при *хронічних* захворюваннях вважається *перше* звертання в даному році.

При *гострих* захворюваннях, які можуть мати місце кілька разів протягом року, враховується *перше* звертання з приводу кожного випадку.

За одиницю спостереження при вивченні загальної захворюваності беруть випадок захворювання чи травми, з приводу якого пацієнт звернувся до лікувального закладу.

Джерелом інформації про загальну захворюваність є два документи: "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф.№ 025-2/0) та "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/0, ф. 025-7/0).

На кожний випадок *гострого* захворювання заповнюється окремий "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" з позначкою "+". У "Талоні амбулаторного пацієнта" при гострих захворюваннях поруч з назвою діагнозу позначається код "1". Таким чином, у однієї людини протягом року може бути зареєстровано кілька випадків гострих захворювань.

Діагнози *хронічних* захворювань реєструються лише один раз протягом року. Якщо діагноз встановлено вперше в житті хворого - роблять позначку "+" у "Статистичному талоні для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" або кодом "2" в "Талоні амбулаторного пацієнта." Якщо діагноз хронічного захворювання встановлено раніше, то при першому відвідуванні лікаря кожного наступного року в "Статистичному талоні для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" ставиться позначка "-" чи код 3 у "Талоні амбулаторного пацієнта".

Інформація згаданих вище облікових документів є основою для складання "Звіту про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу" (ф. № 12).

Розрізняють такі основні *показники загальної захворюваності*:

- *первинна захворюваність (Incidence)^{x)}* – рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання;
- *загальна захворюваність, або поширеність захворювань (Prevalence)^{x)}* – рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і

x) _ терміни, рекомендовані ВООЗ.

хронічних (zareєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);

-структура первинної та загальної захворюваності населення.

Методика розрахунку зазначених вище показників представлена на малюнку 21.

Назва показників	Методика розрахунку
Первинна захворюваність	Кількість захворювань, які zareєстровані вперше в даному році (всі гострі + вперше виявлені хронічні захворювання) • 1000
	Середньорічна чисельність населення
Загальна захворюваність (поширеність усіх zareєстрованих захворювань)	Кількість усіх zareєстрованих протягом даного року захворювань (гострі + хронічні, виявлені як у поточному, так і в попередніх роках) • 1000
	Середньорічна чисельність населення
Структура первинної, загальної захворюваності (поширеності)	Кількість усіх zareєстрованих протягом року захворювань даного класу, групи, нозологічної форми (вперше zareєстрованих) • 100
	Кількість усіх (вперше) zareєстрованих протягом року захворювань

Мал. 21. Методика розрахунку основних показників загальної захворюваності.

Використання "Талона амбулаторного пацієнта" розширює можливості аналізу захворюваності. За допомогою цього документа можна визначити також показники частоти загострень хронічних захворювань, окремо рівень уперше zareєстрованих гострих і хронічних захворювань тощо.

Інфекційна захворюваність

У нашій країні існує спеціальний облік і звітність про інфекційні захворювання. Він проводиться з метою запобігання розповсюдженню та виникненню епідемічних спалахів, а також попередженню професійних і харчових отруень.

Обов'язковій реєстрації та обліку підлягають такі захворювання: черевний тиф, паратифи, інші інфекції, викликані сальмонельозами, бруцельоз, всі форми дизентерії та ряд інших. Перелік захворювань, який періодично змінюється, регламентує МОЗ України.

Встановлено також порядок позачергових повідомлень при особливо небезпечних інфекціях у разі появи їх на території нашої країни.

Особливий облік передбачено також для виявлених інфікованих і хворих на СНІД, що регламентується спеціальними інструктивно-методичними документами.

Одиницею спостереження при вивченні інфекційної захворюваності є кожний випадок захворювання чи підозра на нього. При виявленні їх

заповнюється "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння" (ф. № 058/0), що є основним документом для вивчення епідемічної захворюваності.

Екстрене повідомлення повинен заповнити лікар поліклініки чи іншого медичного закладу, незалежно від того, де мешкає хворий. Таким же чином необхідно діяти при виявленні інфекційного захворювання у особи, госпіталізованої для лікування до стаціонару, чи при зміні діагнозу хворого, що вже знаходиться на лікуванні. Заповнює екстрене повідомлення і лікар швидкої медичної допомоги.

В сільській місцевості, окрім лікарів сільських дільничних лікарень і амбулаторій, повідомляти про ці хвороби зобов'язані завідувачі фельдшерсько-акушерських пунктів.

Екстрені повідомлення в лікувально-профілактичних закладах реєструються в журналі реєстрації інфекційних захворювань. При зміні діагнозу інфекційного захворювання лікувальний заклад, у якому це було зроблено, зобов'язаний заповнити нове екстрене повідомлення на хворого та направити його до санітарно-епідеміологічної станції за місцем виявлення хвороби.

Всі екстрені повідомлення мають бути протягом 12 годин направлені до санітарно-епідеміологічної станції, котра забезпечує епідеміологічне обстеження осередку інфекційного захворювання за місцем його виявлення (незалежно від місця проживання хворого).

Для аналізу *інфекційної захворюваності* застосовуються такі *показники*:

- частота виявлених захворювань (співвідношення їх числа до чисельності населення даної території; показники розраховуються на 100 тисяч населення);
- сезонність (за основу беруться дані про число захворювань по місяцях, показники сезонних коливань - це співвідношення даних за місяць до середньорічних);
- частота госпіталізації та повнота охоплення нею (в першому випадку - це відношення числа госпіталізованих до чисельності населення, в другому - до числа виявлених захворювань, у відсотках);
- частота захворювань за віком, статтю, професією (співвідношення числа захворювань у відповідній групі до чисельності населення даної групи);
- число виявлених бацилоносіїв на 1000 обстежених.

Захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання

Спеціальному обліку підлягають деякі неепідемічні захворювання:

- злоякісні новоутворення;
- психічні хвороби;
- венеричні хвороби;
- активний туберкульоз;
- важкі мікози.

Необхідність спеціального обліку вказаних захворювань обумовлена:

- високим рівнем розповсюдження;

- значною частотою смертності при деяких із них;
- епідеміологічною значимістю;
- соціальною обумовленістю.

Як правило, при цих захворюваннях необхідне раннє виявлення та всебічне обстеження, активне динамічне спостереження за хворими, спеціальне лікування та виявлення контактів.

Для реєстрації *неепідемічних захворювань* існують два основних документи:

1. Повідомлення про хворого, якому вперше в житті встановлено діагноз активного туберкульозу, венеричної хвороби, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми, психічного захворювання (ф. № 089/0).

2. Повідомлення про хворого, з уперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення (ф. № 089/0).

Вони заповнюються лікарями всіх лікувально-профілактичних закладів, які вперше встановили вказані захворювання при звертанні хворих до поліклініки, при обстеженні їх у стаціонарі, при відвіданні хворого вдома або при профілактичному медичному огляді.

Обидва зазначені документи передаються до відповідних профільних спеціалізованих диспансерів (протитуберкульозних, онкологічних, дермато-венерологічних, психоневрологічних), які проводять облік і аналіз кожний за своїм профілем, розраховуючи показники частоти та структуру виявленої патології в цілому та по окремих класах, групах, нозологічних формах.

МОЗ України з метою вдосконалення реєстрації окремих захворювань у лікувальних закладах наказом № 218 від 21.10.93 р. затвердив нову облікову статистичну форму № 025/3-0 "Повідомлення про хворого з встановленим діагнозом інфаркту міокарда, інсульту з гіпертонією, цукрового діабету."

Документ складається лікарями поліклініки, лікарями швидкої та невідкладної медичної допомоги, патологоанатомами, судмедекспертами і в триденний строк поштою відправляється до обласного (міського) кардіодиспансеру (інфаркт міокарда, інсульт з гіпертонією) та ендокринологічного диспансеру (цукровий діабет).

Госпітальна, "госпіталізована" захворюваність

Цей вид захворюваності дозволяє проводити облік хворих, що лікувалися в стаціонарах протягом року.

Одиницею спостереження при її вивченні є кожний випадок госпіталізації хворого з приводу захворювання, а *джерелом інформації* - "Статистична карта хворого, що вибув із стаціонару".

Цей документ заповнюється лікуючим лікарем при оформленні "Медичної карти стаціонарного хворого" в день його виписки чи в разі смерті.

Інформація про захворюваність госпіталізованих хворих дозволяє зробити висновки про її своєчасність, тривалість і результати лікування, обсяг наданої лікарняної допомоги тощо.

Дані про "госпіталізовану" захворюваність враховуються при плануванні ліжкового фонду, визначенні потреби в різних видах стаціонарної допомоги.

Захворюваність госпіталізованих хворих вивчається за такими *показниками*:

- *частота госпіталізації* (відношення числа госпіталізованих з приводу певного захворювання чи всіх госпіталізованих у розрахунку на чисельність населення, що мешкає на даній території);
- *рівень госпіталізації* за віком, статтю, місцем проживання (відношення числа госпіталізованих хворих даної групи в розрахунку на чисельність населення цієї групи);
- *структура госпіталізації* (питома вага кожного захворювання серед загальної кількості госпіталізованих хворих; можливо розраховувати структуру госпіталізованих за віком, статтю, місцем проживання);
- *середня тривалість лікування* (відношення числа ліжко-днів, проведених хворими в стаціонарі, до числа вибулих хворих); цей показник доцільно пов'язувати з віком хворих, діагнозами, результатами лікування та аналізувати окремо для виписаних зі стаціонару та померлих хворих.

Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності вивчається серед працюючих і враховує випадки захворювань, результатом яких є невихід на роботу. Цей вид захворюваності складає від 25 до 75 % первинних звертань за медичною допомогою.

Захворюваність працюючих призводить до значних економічних втрат суспільства, чим обумовлене велике соціально-економічне значення даної проблеми.

Офіційна статистика тимчасової втрати працездатності в зв'язку з захворюваннями була введена в СРСР у 1925 році.

Одиницею обліку є випадок втрати працездатності.

Обліковим документом для реєстрації кожного випадку тимчасової непрацездатності працівника протягом року є *листок непрацездатності*.

Виданий лікувальним закладом після одужання листок працівник зобов'язаний подати адміністрації підприємства або організації. Подальше його оформлення (зворотної сторони) передбачає відмітку табельника, відділу кадрів, бухгалтерії та профспілкової організації, яка всі листки реєструє в спеціальному журналі з відміткою - № листка непрацездатності, прізвища, ім'я та по-батькові хворого, його адреси, місця роботи, діагнозу, прізвище лікаря, тривалості звільнення від роботи.

На підставі даних реєстрації складається "Звіт про причини тимчасової непрацездатності" (ф. № 23-ТН). Він містить дані про число випадків і календарних днів непрацездатності щодо найбільш поширених захворювань, у зв'язку з доглядом за хворим, із відпусткою при вагітності та пологах, санаторно-курортним лікуванням тощо.

Звіт складається медико-санітарними частинами, лікарськими пунктами охорони здоров'я, дільничними лікарнями, поліклініками та амбулаторіями, міськими та центральними районними лікарнями, іншими лікувально-профілактичними закладами системи МОЗ України незалежно від відомчої підпорядкованості.

Медичні заклади складають звіт про причини тимчасової непрацездатності працюючих на підприємствах, в установах, закладах, організаціях, що знаходяться на території, яка ними обслуговується.

Міські та обласні інформаційно-аналітичні центри медичної статистики складають списки вибіркового кола підприємств і організацій, охопивши при цьому не менше 30 % працюючих у кожній з основних галузей народного господарства. До списків включаються переважно підприємства, які мають пункти охорони здоров'я. Загальною вимогою до підприємств, які входять до вибіркового кола, є їх стійка життєдіяльність в умовах конкуренції.

Звіти за формою № 23-ТН про причини тимчасової непрацездатності працівників охорони здоров'я складають усі, без винятку, медичні заклади.

Основою для складання звіту є листки непрацездатності, здані в звітному періоді. До нього включають усі лікарняні листки, видані лікувальними закладами як за місцем роботи, так і за місцем проживання робітника та службовця, а також за місцем їх тимчасового перебування в період відрадження, відпустки тощо.

Первинні звіти про тимчасову непрацездатність складають по кожній галузі народного господарства окремо (атомні електростанції, вугільна, хімічна, нафтохімічна та легка промисловість, машинобудування та металообробка, охорона здоров'я тощо) та висилають районним (міським) центральним лікарням.

Районні (міські) центральні лікарні складають зведені звіти по основних галузях даного району (міста) та подають їх органу управління охороною здоров'я території (Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя). Ці в свою чергу направляють територіальний зведений звіт Управлінню статистики території та інформаційно-аналітичному центру медичної статистики МОЗ України.

Захворюваність працюючих із тимчасовою втратою працездатності аналізується за такими *основними показниками*:

Показник випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих

$$\frac{\text{Абсолютне число випадків тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня чисельність працюючих}}$$

Показник календарних днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих

$$\frac{\text{Абсолютне число календарних днів тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня чисельність працюючих}}$$

Середня тривалість випадку тимчасової непрацездатності

$$\frac{\text{Число календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Число випадків тимчасової непрацездатності}}$$

Показник структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності

$$= \frac{\text{Число випадків (або календарних днів) непрацездатності з даного захворювання} \cdot 100}{\text{Число випадків (днів) непрацездатності при всіх захворюваннях}}$$

При порівнянні показників захворюваності з тимчасовою втратою працездатності по окремих галузях, підприємствах або в динаміці слід оцінювати показники, розраховані для якісно однорідних сукупностей працюючих.

Для з'ясування впливу умов праці на здоров'я працюючих, оцінки ефективності оздоровчих заходів переважно на великих підприємствах проводиться *поглиблений облік захворюваності з тимчасовою втратою працездатності*.

В основу його покладено поособовий облік захворювань працюючих, який передбачає заведення на кожного робітника карти, що містить інформацію про всі випадки втрати працездатності протягом року з їх основними характеристиками: діагноз, тривалість, місце видачі листка.

Такий облік дозволяє одержати *додаткову інформацію* про:

- *тих, хто часто та тривало хворів протягом року;*
- *питому вагу осіб, які хворіли протягом року;*
- *питому вагу працюючих, які не хворіли протягом календарного року (індекс здоров'я).*

При відборі групи тих, що *часто та тривало* хворіють, використовують такі критерії:

- етіологічний фактор;
- число випадків втрати працездатності;
- число днів втрати працездатності.

Група осіб, що *часто* хворіли, визначається при наявності:

- 4-х і більше випадків *етіологічно пов'язаних* захворювань за поточний рік,
- 6-ти та більше випадків *етіологічно не пов'язаних* захворювань за поточний рік.

До групи осіб, що *тривало* хворіли, відносять таких, що протягом поточного року:

- мали лікарняні листки тривалістю більше 40 днів у зв'язку з *етіологічно пов'язаними* захворюваннями;
- 60 днів і більше в зв'язку з *етіологічно не пов'язаними* захворюваннями.

4.4. Загальні тенденції захворюваності населення України (загальна захворюваність, захворюваність із тимчасовою втратою працездатності)

Загальна захворюваність

Аналіз ситуації із захворюваністю за даними звертань населення України за медичною допомогою показує, що протягом останніх десятиріч рівні поширеності усіх хвороб знаходяться в межах 1100-1300 випадків захворювань на 1000 населення, *рівні первинної захворюваності відповідно 600-800 ‰ (1999 р.)*.

З окремих захворювань *найбільш високі рівні поширеності* реєструються для *органів дихання*: 344 випадки на 1000 населення.

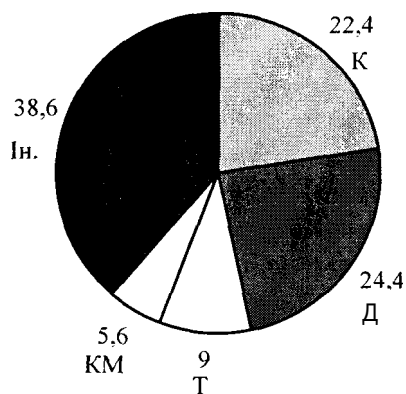
На *другому місці* серед усіх зареєстрованих захворювань - *хвороби системи кровообігу* - 316 випадків на 1000 населення.

На *третьому місці* - *хвороби органів травлення* — 127 випадків на 1000 населення.

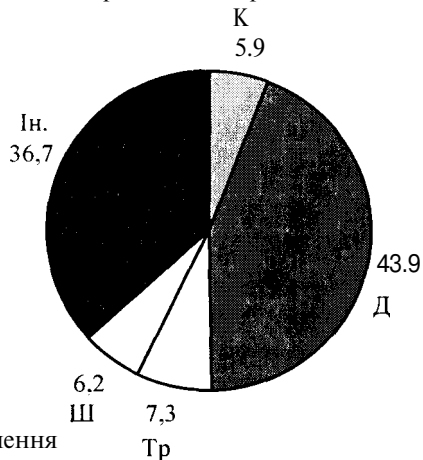
На три вищезазначені класи припадає 55,8 % випадків серед усіх зареєстрованих хвороб (мал. 22).

Серед вперше зареєстрованих протягом року (1999 р.) захворювань найбільші рівні на 1000 населення мають хвороби органів дихання - близько 300 випадків; травми та отруєння - 48 випадків, хвороби шкіри та підшкірної клітковини - 40 випадків.

Поширеність усіх захворювань



Первинна захворюваність



Умовні позначення

Д – хвороби органів дихання

К – хвороби системи кровообігу

Т - хвороби органів травлення

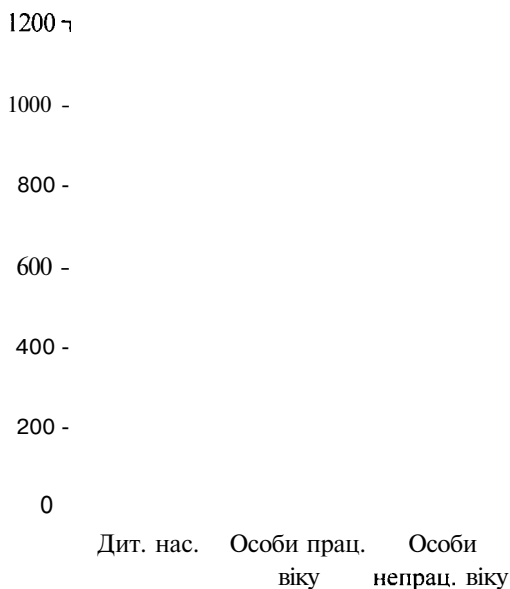
Тр - травми та отруєння

КМ – хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини

Ш – хвороби шкіри та підшкірної клітковини

Ін. – інші захворювання

Мал. 22. Структура поширеності усіх захворювань та первинної захворюваності населення України (обидві статі, 1999 р., %).



Мал. 23. Показники первинної захворюваності серед окремих вікових груп за даними звертань за медичною допомогою.

ного віку (жінки до 55 років, чоловіки до 60 років) вона становить 573 %о.

У населення непрацездатного віку (жінки старші 55 років, чоловіки старші 60 років) показники значно нижчі, ніж у працездатному - 394 %о.

Вказана тенденція пов'язана зі зменшенням звертань за медичною допомогою, на що істотно впливає відсутність потреби в одержанні лікарняного листа у більшій частині осіб пенсійного віку.

Показники захворюваності, що включають також і дані медичних оглядів осіб непрацездатного віку, значно вищі, ніж в працездатному. Ця закономірність підтверджує, що у старших вікових групах зменшується не сама захворюваність, а лише число звертань за медичною допомогою.

Різниця між показниками поширеності та первинної захворюваності у різних вікових групах не однакова. Це залежить від того, яку частку в них становлять хронічні захворювання.

Якщо в дитячому віці відсоток первинної захворюваності в загальній поширеності становить близько 80 %, у населення працездатного віку 51 %, то в осіб непрацездатного віку - лише 24 %.

Загальні тенденції рівнів первинної захворюваності серед *чоловіків і жінок* майже однакові, а поширеність хвороб у жінок вища, ніж у чоловіків.

По окремих класах, групах та нозологічних формах мають місце суттєві відмінності за статтю як за показниками поширеності, так і первинної захворюваності (табл. 7).

На ці три класи у структурі первинної захворюваності населення припадає 57,4 % (мал. 22).

Існують досить *суттєві відмінності* як показників поширеності, так і первинної захворюваності *за віком і статтю* (мал. 23).

За віком найбільш високі рівні як поширеності, так і первинної захворюваності реєструються серед дитячого населення - близько 1000 випадків, особливо у дітей до 1 року - близько 2000 випадків на 1000 населення.

Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується. Серед осіб працездатного

Таблиця 7

Найбільш поширені захворювання у чоловіків та жінок

Показники	Чоловіки	Жінки
Поширеність	Хронічний бронхіт Травми та отруєння Виразкова хвороба шлунка Психічні розлади Хвороби периферичної нервової системи	Тиреотоксикоз Діабет Гіпертонічна хвороба Холецистит Хвороби сечостатевої системи Мозковаскулярні хвороби
Первинна захворюваність	Туберкульоз Стенокардія Інфаркт міокарда Бронхіальна астма	

У чоловіків захворюваність на туберкульоз утричі перевищує аналогічні показники у жінок, на інфаркт міокарда - вдвічі, на психічні розлади та травми - в 1,8 раза, на бронхіальну астму - в 1,5 раза.

Рівні захворюваності *міських та сільських мешканців* також *суттєво відрізняються*.

За даними звертань за медичною допомогою показники поширеності та первинної захворюваності міського населення вищі, ніж сільського. Це обумовлено недостатніми рівнем, доступністю, об'ємом і якістю допомоги останнім.

Спеціальні вибірккові дослідження так званої повної або "вичерпної" захворюваності, які враховували інформацію про звертання за медичною допомогою за 3 роки та результати поглибленого медичного огляду населення, свідчать про протилежне: показник у сільського населення вищий, ніж у міського.

Аналіз *регіональних особливостей* захворюваності в Україні показує, що різниця між максимальними та мінімальними значенням відповідних показників досить відчутна: за поширеністю хвороб - від 1728,6 на 1000 населення у Волинській до 1136,8 ‰ у Миколаївській областях (мал. 24), за первинною захворюваністю - від 816 ‰ у Львівській до 523 ‰ - у Миколаївській (мал. 25).

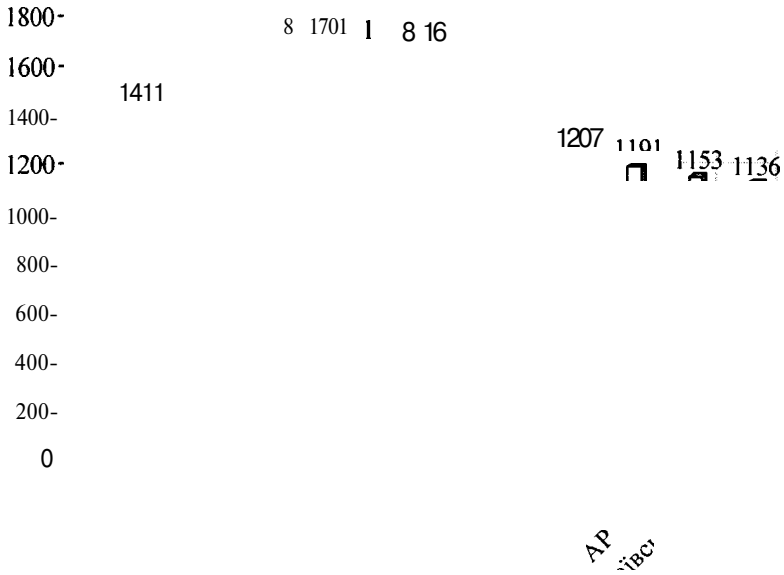
На розбіжності рівнів у окремих регіонах України суттєво *впливають*:

- статеві-віковий склад населення;
- повнота реєстрації захворюваності;
- поєднання впливу різних факторів навколишнього середовища.

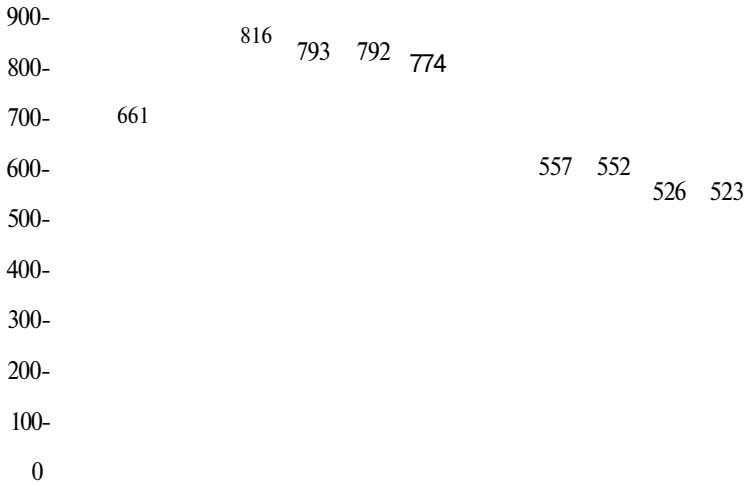
Тенденції показників поширеності та первинної захворюваності в динаміці вказують на наявність певних змін (мал. 26)

За період 1988-1999 рр. загальний рівень *первинної захворюваності* зменшився з 707 до 661 випадків на 1000 населення в основному за рахунок зменшення частоти хвороб органів дихання.

Проте за більшістю інших класів хвороб мало місце зростання показників первинної захворюваності - зокрема за хворобами крові та кровотворних



Мал. 24. Територіальна диференціація показників поширеності захворювань серед населення України (на **1000** населення; **1999** р.).



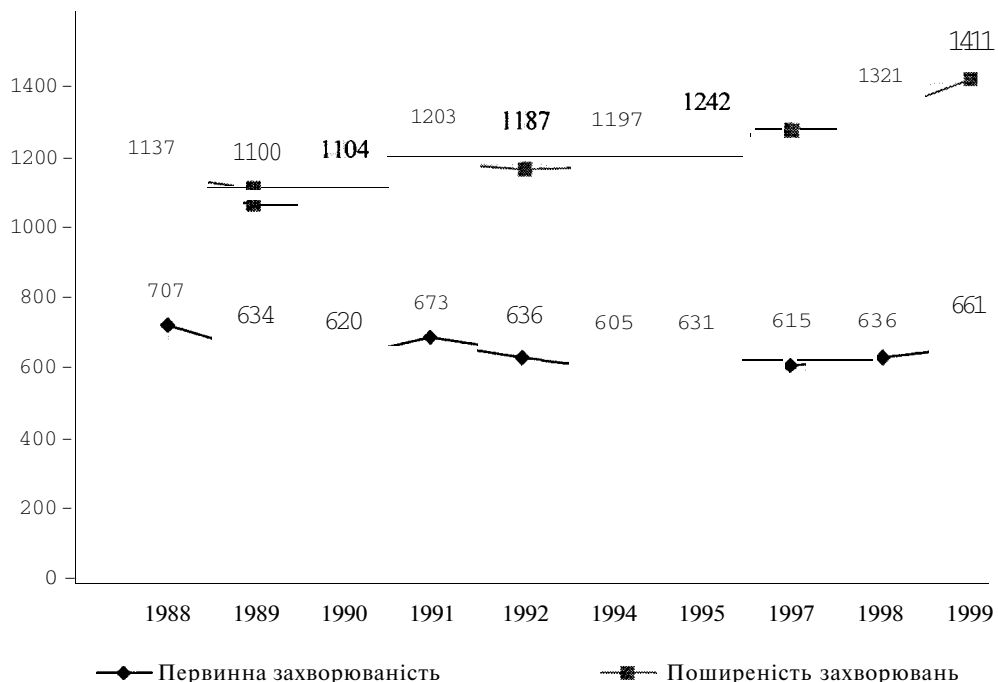
Мал. 25. Територіальна диференціація показників первинної захворюваності населення України (на **1000** населення; **1999** р.).

органів (майже втричі), сечостатевої системи та системи кровообігу. Помітно зросла серед усього населення частота вперше виявлених ендокринних і алергічних захворювань.

Значно збільшилися показники інфекційної захворюваності. Окремі хвороби цього класу (туберкульоз, дифтерія, СНІД) мають сталу тенденцію до зростання та набувають характеру епідемії.

Зростання рівня первинної захворюваності по багатьох класах хвороб позначилося на показниках загальної захворюваності.

За період з 1988 по 1999 рр. поширеність усіх хвороб серед населення України зросла на 12 % (мал. 26).



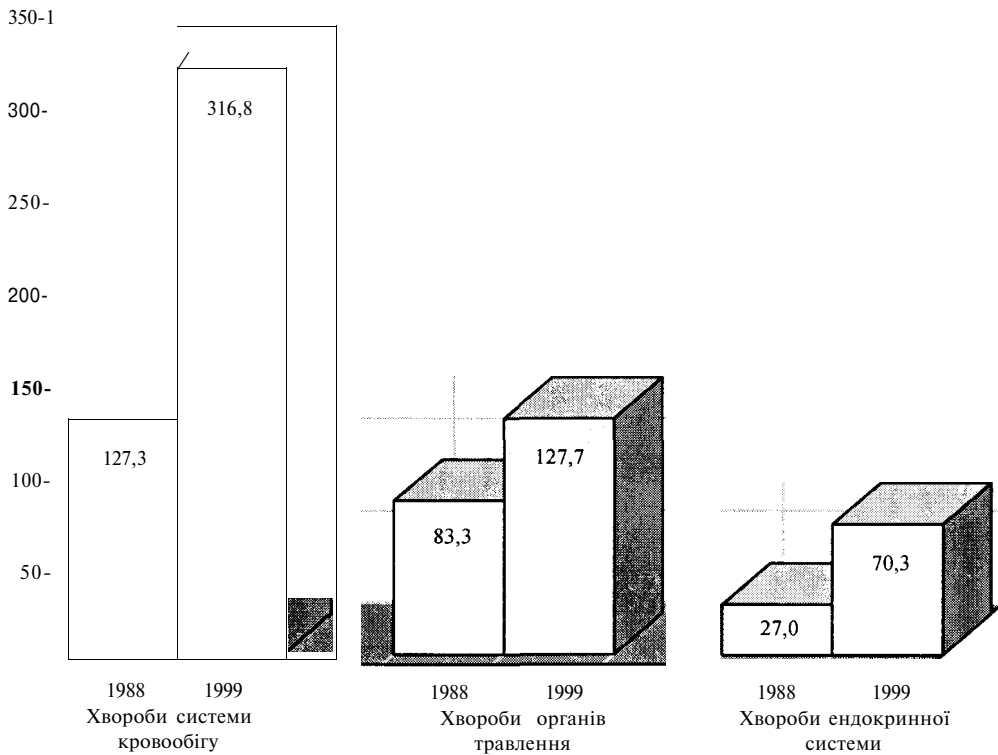
Мал. 26. Динаміка рівнів поширеності та первинної захворюваності населення України за 1988-1999 рр. (на 1000 населення).

За період 1995-1999 рр. на 38 % зросла поширеність серцево-судинної патології, хвороб крові - на 58 %, сечостатевої системи - на 24 %.

Особливо значно зросла поширеність хвороб крові та кровотворних органів, системи кровообігу, вроджених аномалій, хвороб сечостатевої системи, ендокринних хвороб, зокрема діабету (мал. 27).

Тенденції захворюваності з тимчасовою втратою працездатності

Зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності є значним резервом у покращанні здоров'я, підвищенні продуктивності праці та добробуту народу.



Мал. 27. Рівні поширеності захворювань по окремих класах, 1988, 1998 рр. (на 1000 населення).

На рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності впливають різні чинники. Основними з них є:

- санітарно-гігієнічні умови праці;
- організація виробничих процесів;
- умови побуту;
- організація та якість медичного обслуговування;
- якість лікарської експертизи працездатності;
- склад працюючих за віком, професією, стажем роботи тощо

Разом з тим мають вплив і деякі додаткові чинники, а саме:

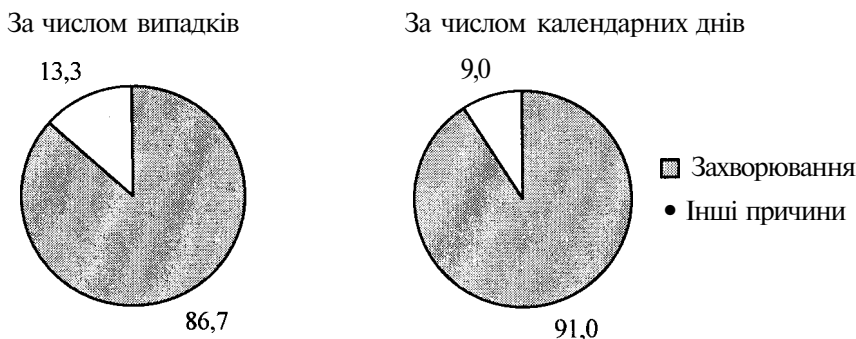
- законодавство в галузі соціального страхування;
- розмір оплати при тимчасовій непрацездатності;
- розмір середньомісячного заробітку;
- система оплати праці;
- ритмічність роботи підприємства;
- плинність робочих кадрів тощо.

Слід врахувати ще одну додаткову обставину.

З різних об'єктивних і суб'єктивних причин сам хворий, особливо при відносно легкому перебігу хронічних захворювань, вирішує питання про те, брати лікарняний листок чи ні. Ця обставина в умовах зростаючого безробіття, простоїв або зменшення обсягів виробництва буде відігравати все більшу роль, все більше впливатиме на рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

Рівень тимчасової непрацездатності в зв'язку з хворобами та іншими причинами становить 50,6 випадків на 100 працюючих і 686,0 календарних днів на 100 працюючих (1998 р.).

У переважній більшості як випадків, так і календарних днів причиною є захворювання: 86,7 % загального числа випадків і 91 % - числа календарних днів (мал. 28).



Мал. 28. Структура причин тимчасової непрацездатності (%).

Серед захворювань у цілому по всіх галузях найбільш високі рівні тимчасової непрацездатності реєструються для хвороб органів дихання (в основному за рахунок гострих респіраторних інфекцій та грипу): 18,8 випадків та 153,4 днів на 100 працюючих.

Наступні місця займають:

- за числом випадків - хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;

- * за числом календарних днів - травми та отруєння.

Рівні та структуру причин тимчасової непрацездатності доцільно вивчати в різних галузях промисловості або на окремих підприємствах однієї галузі. Це дає можливість виявити вплив на показники виробничих чинників.

Численні дослідження дозволили встановити, що, зокрема, у працівників легкої промисловості (швейні, трикотажні, взуттєві, харчові підприємства тощо) спостерігається відносно високий рівень захворювань органів дихання. Цьому в значній мірі сприяють метеорологічні фактори, запиленість приміщень тощо.

В свою чергу, у працівників важкої промисловості (гірничорудної, вугільної, нафтової, металургійної) вищі рівні травматизму, хвороб периферичної нервової системи.

Серед інших причин (крім захворювань), що становлять 13,3 % усіх випадків і 9 % календарних днів (1998 р.) найчастіше реєструються випадки та дні по догляду за хворим і в зв'язку з вагітністю та пологами.

Природно, що у промислово розвинутих та сільськогосподарських областях мають місце значні відмінності показників: від 96,9 випадків і 1234,4 днів на 100 працюючих у Донецькій області до 23,3 випадків і 343,6 днів - у Закарпатській області.

Показник середньої тривалості захворювань, як і показник числа календарних днів на 100 працюючих, відображає важкість і тривалість перебігу хвороби, якість діагностики та лікування, організації лікарсько-трудової експертизи тощо.

Середня тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності з приводу лише хвороб становить 14,4 днів (1998 р.). Вона різна при різних захворюваннях.

Найбільш висока середня тривалість реєструється при новоутвореннях (38,9 днів), переважно злоякісних (55,1 днів); інфекційних та паразитарних захворюваннях (36,6 днів), зокрема при туберкульозі - 93,5 днів.

Впродовж останніх років відбувається незначне скорочення показників: числа календарних днів на 100 працюючих і середньої тривалості одного випадку. В той же час частота випадків дещо зростає.

Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності є результатом дії багатьох чинників: біологічних, соціальних, виробничих, психологічних, юридичних і медичних. У зв'язку з цим зниження можливе лише при комплексній взаємодії адміністрацій підприємств, громадських організацій та добре організованих лікувально-оздоровчих заходах.

Сучасний стан здоров'я населення України, який досить суттєво відтворюють показники захворюваності, характеризується такими основними тенденціями:

1. Зростає поширеність та первинна захворюваність за більшістю класів хвороб.

2. Зростає частота переходу гострих захворювань у хронічні.

3. Домінуюче місце в структурі посідають хронічні неінфекційні захворювання, передусім хвороби органів дихання, системи кровообігу, органів травлення.

4. Підвищується частота вроджених вад і спадкових захворювань.

5. Значно збільшується інфекційна захворюваність, і в першу чергу туберкульоз, кишкові інфекції, дифтерія, вірусний гепатит.

6. Зростає поширеність соціально обумовлених хвороб, насамперед венеричних, СНІДу, туберкульозу.

7. Відбувається диференціація рівнів захворюваності в основних соціальних групах, зокрема підвищення захворюваності серед малозабезпечених верств населення.

Розглянуті вище тенденції відображають погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації в нашій країні, адже показники захворюваності - найбільш чутливий індикатор змін, які відбуваються.

В наступних підрозділах підручника будуть детально розглянуті медико-соціальні проблеми найважливіших неепідемічних та інфекційних захворювань.

Контрольні питання

1. Медико-соціальне значення захворюваності як показника здоров'я населення.
2. Методи вивчення захворюваності, їх порівняльна оцінка.
3. Фактори та умови, що впливають на повноту даних про захворюваність міського та сільського населення.
4. Методика вивчення захворюваності за даними звертань у лікувально-профілактичні заклади.
5. Види захворюваності, їх порівняльна оцінка.
6. Загальна захворюваність, джерела інформації. Правила заповнення облікових документів. Показники, що характеризують захворюваність.
7. Основні тенденції, що характеризують динаміку та сучасний стан захворюваності населення України.
8. Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності. Облікові документи, показники. Особливості поглибленого вивчення цього виду захворюваності.
9. Основні тенденції показників захворюваності населення з тимчасовою втратою працездатності.

4.5. Інвалідність

Методика вивчення.

Основні тенденції показників інвалідності населення України

Поняття інвалідності тісно пов'язано з критеріями працездатності.

На відміну від захворюваності з тимчасовою втратою працездатності інвалідність характеризується стійкою (постійною або тривалою, не менш ніж на один рік) втратою працездатності або її значним зниженням, тобто повною або частковою неможливістю продовжувати професійну діяльність за станом здоров'я. Отже, наслідком інвалідності є неможливість або обмежена можливість працювати в результаті порушення функцій організму.

Інвалідність як статистичне поняття - це сукупність показників, що характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення та склад інвалідів на даній території за віком, групами, причинами тощо, її прийнято також називати *захворюваністю зі стійкою втратою працездатності* та вивчати самостійно.

Інвалідність є одним з найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення.

Вона дуже тісно пов'язана із захворюваністю населення і по суті завжди є її результатом. Це ж відноситься і до інвалідності дітей внаслідок анатомічних дефектів і вроджених вад.

Людині, яка втратила працездатність на тривалий час, встановлюється певна група інвалідності: I, II, III. Визначенням причин та групи інвалідності займаються медико-соціальні експертні комісії (МСЕК). Про організацію їх роботи, критерії підходу до визначення причин та груп інвалідності йдеться в окремому підрозділі підручника.

Найбільш важливі показники інвалідності та методика їх розрахунку наведені в таблиці 8.

Таблиця 8

Основні показники, що характеризують інвалідність

Назва показника	Методика розрахунку
Загальна інвалідність (контингенти інвалідів)	Число осіб, які отримують пенсії через інвалідність • 1000 (10 000)
	Загальна чисельність населення
Структура контингентів інвалідів (розраховується за віком, групою, видом інвалідності, причиною виходу на інвалідність (діагнозом))	Число осіб, що мають інвалідність (певної групи, виду, причини) • 100
	Загальне число осіб, які отримують пенсії через інвалідність (загальне число інвалідів)
Первинна інвалідність або інвалідація (частота первинного виходу на інвалідність)	Загальне число осіб, вперше визнаних інвалідами • 1000 (10 000)
	Загальна чисельність населення
Структура первинної інвалідності (за захворюваннями, віковими групами, групами інвалідності тощо)	Число осіб, вперше визнаних інвалідами (певної групи, виду, причини) • 100
	Загальне число осіб, вперше визнаних інвалідами
Змінення групи інвалідності при переосвідченні	Число осіб, яким змінили групу інвалідності при переосвідченні • 100
	Загальне число інвалідів, що пройшли переосвідчення за рік
Рух інвалідів протягом року	Число інвалідів на початок року + число вперше визнаних інвалідами - число інвалідів, що вибули = число інвалідів на кінець року

З наведених у таблиці 8 показників найбільш важливими є два:

- загальної інвалідності (контингентів інвалідів);
- інвалідації (первинної інвалідності).

Детальну інформацію про склад осіб, що отримують пенсію через інвалідність на даній території, можна отримати із щорічних звітів районних (міських) відділів соціального забезпечення.

Дані про число осіб, вперше визнаних інвалідами через причини, одержують із щорічних звітів МСЕК.

При необхідності більш детальної інформації про осіб, що вперше визнані інвалідами, характер захворюваності та види інвалідності, використовують первинні документи:

- акт обстеження у МСЕК;
- статистичний талон до акту обстеження у МСЕК.

Основні тенденції показників інвалідності в Україні

Вивчення інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, особливо в сучасних умовах, у зв'язку з триваючим процесом постаріння населення та збільшенням числа осіб старшого віку з хронічними захворюваннями, які призводять до інвалідності.

На стан цього показника, крім демографічних і екологічних чинників у значній мірі впливають соціально-економічні умови життя та соціальна політика держави щодо інвалідів.

За даними Українського Державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності в 1992-1993 рр., коли відбувалося розширення соціальних, економічних і юридичних пільг, пенсій та допомоги інвалідам, рівень первинної інвалідності істотно зріс, що призвело до "вибуху" інвалідності в 1993 році.

З 1994 року обсяги соціальної допомоги та заходи з соціального захисту інвалідів скоротилися. В зв'язку з цим зменшилось число звертань пенсіонерів за віком для визначення інвалідності та відбулося зниження показників інвалідизації дорослого населення в 1995-1998 роках. Ця тенденція характерна для більшості областей України і по основних інвалідизуючих захворюваннях.

Загальна чисельність інвалідів, що знаходяться на обліку в органах соціального захисту становить в Україні 2,4 млн. (1998 р.). Рівень первинної інвалідності всіх категорій населення в динаміці з 1992 р. зменшився з 49,3 до 47,7 випадків на 10 тис. населення в 1998 р.

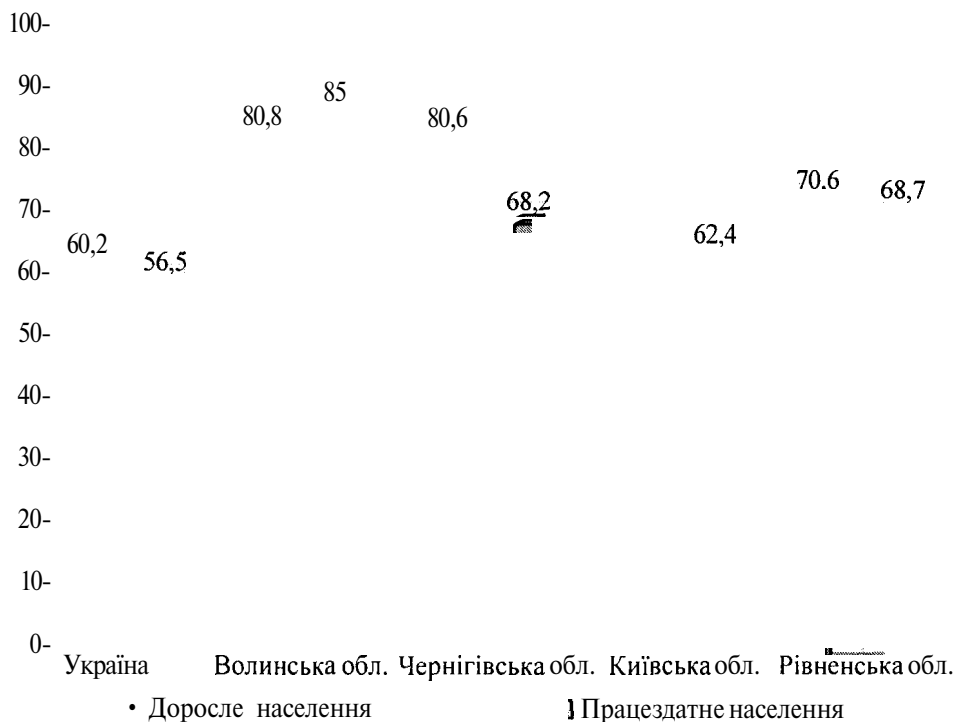
Первинна інвалідність усіх категорій населення на 77,8 % зумовлена інвалідністю від загального захворювання (36,4 випадки на 10 тис. населення), на 9,8% - інвалідністю військовослужбовців (5,4 випадки на 10 тис. населення), на 8,1 % - інвалідністю з дитинства (3,8 випадків на 10 тис. населення), на 4,3 % - інвалідністю від трудового каліцтва та професійних захворювань (2,2 випадки на 10 тис. населення), на 3,6 % - інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС (1,7 випадків на 10 тис. населення).

Первинна інвалідність серед дорослих (старші 15 років) становить 60,2 випадків, а серед працездатних (чоловіки до 60, жінки до 55 років) - 56,5 випадків на 10 тис. населення.

На малюнку 29 представлені показники первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення деяких областей України.

За інформацією Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, вплив наслідків аварії на ЧАЕС є найбільш суттєвим фактором, який зумовлює рівні інвалідності дорослого населення в окремих областях України.

Найбільш високі показники первинної інвалідності зареєстровані в тих, що найбільш постраждали від Чорнобильської аварії: Чернігівській, Волинській, Рівненській, Житомирській, Київській областях.



Мал. 29. Первинна інвалідність дорослого та працездатного населення в деяких областях України (на 10000 населення).

Зокрема, у Чернігівській області вплив наслідків аварії на ЧАЕС поєднується з демографічним фактором (найбільшою серед областей України часткою населення старшого віку).

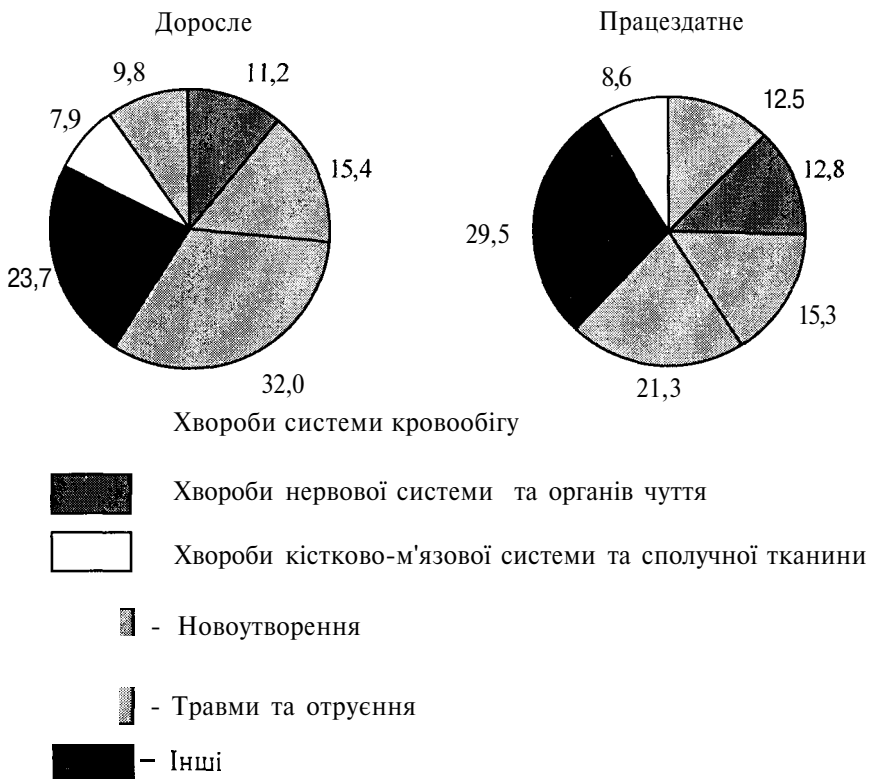
У зазначених областях первинна інвалідність у зв'язку з аварією на ЧАЕС складає 7,5-14 % від загального числа вперше визнаних інвалідами (в середньому по Україні - 3,6 %), а при деяких захворюваннях - злоякісних новоутвореннях, зокрема - до 40,0 %.

У так званих "чорнобильських" областях відбувається зміна інвалідності ліквідаторів, що переважала в попередні роки, на масову інвалідність постраждалого населення.

Структура причин первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення представлена на малюнку 30.

В структурі її причин серед дорослого населення перше місце посідають хвороби системи кровообігу - 32 %, серед населення працездатного віку - 21 %. Показники на 10 тис. населення становили в 1998 р. відповідно 19,2 серед дорослого та 12,1 випадків серед працездатного населення.

Друге місце в структурі причин первинної інвалідності займають новоутворення - 15,4 % від усіх випадків у дорослого та 15,3 % серед працездатного населення. Рівні первинної інвалідності від новоутворень становлять 9,3 на



Мал. 30. Структура причин інвалідності дорослого та працездатного населення (%). 10 тис. дорослого та 8,7 на 10 тис. працездатного населення. Слід зазначити, що в населення, постраждалого від наслідків аварії на ЧАЕС, злоякісні новоутворення посідають перше місце серед причин інвалідності.

На третьому місці в структурі первинної інвалідності - хвороби нервової системи та органів чуття - 11,2 % усієї інвалідності у дорослого та 12,8 % у працездатного населення. Рівні первинної інвалідності внаслідок цього класу захворювань становлять 6,7 та 7,2 на 10 тис. відповідно дорослих і працездатних.

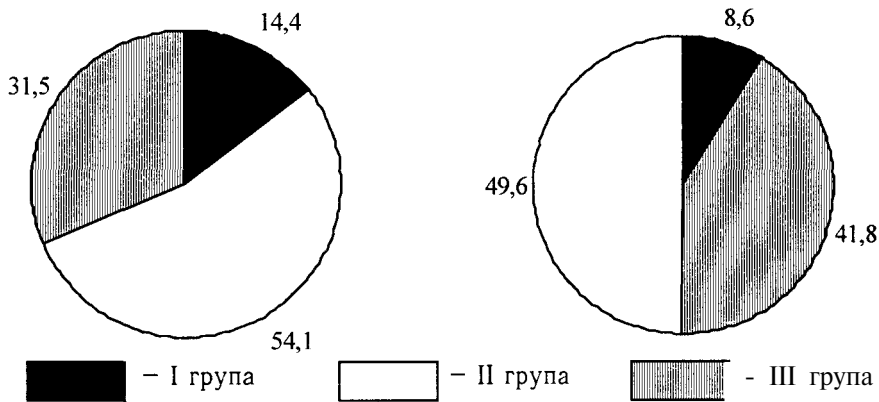
Отже, різниця у рівнях і структурі причин первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення найбільш відчутна при хворобах системи кровообігу.

Розподіл вперше визнаних інвалідами за групами інвалідності представлено на малюнку 31.

Інваліди другої групи переважають у цілому як серед дорослого, так і серед працездатного населення.

За віком розподіл вперше визнаних інвалідами такий (1998 р.):

- до 39 років - 23,2 %;
- від 40 до 55 жінки та від 40 до 60 чоловіки - 43,1 %;
- жінки 55 років і старші, чоловіки 60 років і старші - 33,7 %.



Мал. 31. Структура первинної інвалідності за групами (%).

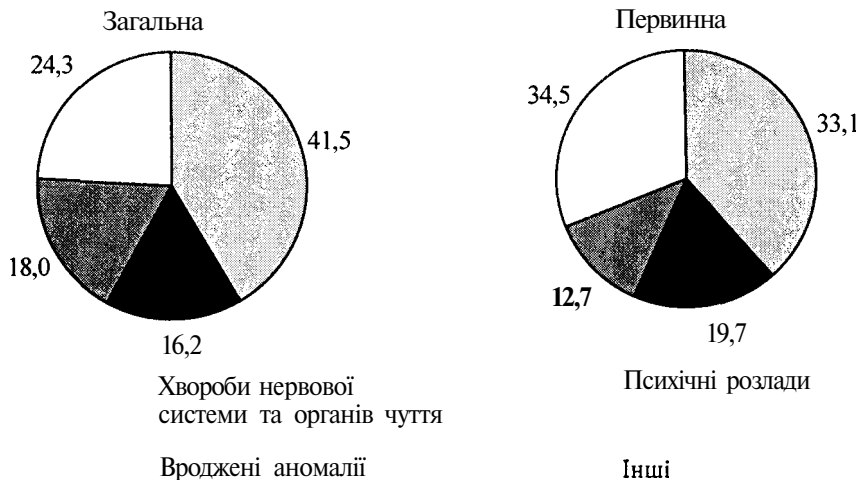
Звертає на себе увагу досить висока частка серед інвалідів осіб працездатного віку, що призводить до зниження трудового потенціалу країни.

В останні роки відбуваються несприятливі зміни у віковому складі інвалідів, а саме, збільшення чисельності інвалідів молодого віку, в тому числі з дитинства.

В дитячому віці показник загальної інвалідності становить 146,6 на 10 тис. дітей, а показник первинної інвалідності в 1998 р. - 20,5 на 10 тис.

Основні причини загальної та первинної дитячої інвалідності складають три класи хвороб: нервової системи та органів чуття, вроджені аномалії, психічні розлади (мал. 32).

Серед окремих захворювань найбільш поширеними причинами дитячої інвалідності є дитячий церебральний параліч, розумова відсталість, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби ока та його придатків.



Мал. 32. Структура причин загальної та первинної інвалідності у дітей (%).

Інвалідність дітей в Україні багато в чому зумовлена погіршенням екологічної ситуації, погіршенням умов життя та здоров'я батьків.

В державі розроблена комплексна система розв'язання проблеми інвалідності, яка передбачає, зокрема, створення в усіх областях центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів.

За пропозицією провідних спеціалістів Українського НДІ проблем інвалідності складовою частиною її має бути профілактика інвалідизації населення, насамперед працездатного віку.

Контрольні питання

1. Визначення поняття "інвалідність".
2. Основні показники, що характеризують інвалідність.
3. Чинники, що впливають на рівень інвалідності.
4. Основні тенденції показників інвалідності в Україні серед дорослого та працездатного населення.
5. Основні тенденції показників дитячої інвалідності.

4.6. Фізичний розвиток

У сучасних умовах фізичний розвиток розглядається як один з основних критеріїв здоров'я окремої людини та населення загалом.

Значення та широке використання показників фізичного розвитку полягає у тому, що на відміну від інших (захворюваність, смертність, інвалідність) вони є прямими, позитивними характеристиками здоров'я .

В літературі зустрічається *кілька підходів до визначення* поняття "Фізичний розвиток".

Щодо фізичного розвитку окремого індивіда, наведемо два визначення:

І.С. Случанко: Фізичний розвиток - комплекс функціональних і морфологічних властивостей організму, який у підсумку і визначає запас його життєвих сил.

В.В. Єрмаков зі співавторами: Фізичний розвиток - сукупність морфологічних і функціональних ознак, що характеризують розвиток і формування організму в процесі його росту.

Більш вичерпним є визначення *Є.Я. Беліцької:* Фізичний розвиток - сукупність ознак, що характеризують рівень і динамічні зміни ряду морфологічних, функціональних властивостей окремого індивіда та колективів людей, виражених у вигляді загальних і групових характеристик (стандартів фізичного розвитку).

Стан фізичного розвитку можна розглядати як результат взаємодії внутрішніх (ендогенних) і зовнішніх (екзогенних) чинників. До перших належать:

- спадковість, здоров'я матері;
- фізичний стан батьків;
- особливості внутрішньоутробного розвитку.

До других:

- природно-кліматичні;
- соціально-економічні (економічний розвиток суспільства, умови праці та побуту, характер професії тощо).

Інформація про фізичний розвиток використовується в практичній діяльності лікарів різного фаху, в першу чергу педіатрів і спеціалістів у галузі гігієни дітей та підлітків.

Спостереження за фізичним розвитком починається з моменту народження дитини. В подальшому воно проводиться в дитячих поліклініках, дошкільних закладах і школах, середніх і вищих навчальних закладах, під час призову на військову службу, при проведенні цільових і періодичних медичних оглядів, а також при спеціальних вибіркових дослідженнях стану здоров'я різних груп населення.

Показники фізичного розвитку, особливо в поєднанні з показниками народжуваності, смертності, захворюваності, є не тільки критеріями здоров'я населення, але й критеріями ефективності лікувально-оздоровчих заходів.

Ці матеріали дають можливість спостерігати за тенденціями вікового розвитку дітей та підлітків.

Розрізняють біологічний та морфо-функціональний розвиток дитини.

Біологічний розвиток оцінюють за допомогою таких критеріїв:

- зріст (довжина тіла стоячи);
- динаміка маси тіла протягом року;
- термін зміни молочних зубів на постійні;
- осифікація кисті за даними рентгенограми;
- ступінь розвитку вторинних статевих ознак;
- термін першої менструації у дівчат.

За вказаними критеріями для кожного віку розробляються стандарти біологічного розвитку, з якими порівнюють фактичні дані конкретної дитини. Після цього проводиться *оцінка біологічного розвитку* у порівнянні з паспортними даними за трибальною шкалою: *відстає, відповідає, випереджає*.

З метою оцінки *морфо-функціонального розвитку дитини* використовуються критерії:

- зріст (довжина тіла стоячи);
- маса тіла;
- розмір грудної клітки;
- відповідність вищезазначених ознак одна одній.

За зазначеними параметрами також розробляються статево-вікові стандарти для держави та окремих регіонів. З ними порівнюються одержані дані та проводиться *оцінка морфо-функціонального розвитку* за трибальною шкалою: *гармонійний, дисгармонійний та різко дисгармонійний*.

Застосовується спостереження за фізичним станом дорослого населення та вивчення особливостей фізичного розвитку різних контингентів і впливу на нього конкретних чинників.

При проведенні *масових медичних обстежень* застосовується *комплекс ознак* для оцінки фізичного розвитку:

- *антропометричні* ~ зріст стоячи, маса тіла, розмір грудної клітки; при поглиблених дослідженнях - додатково зріст сидячи, розміри ГОЛОВИ, довжина плеча, передпліччя, голілки, стегна;
- *функціональні, фізіометричні* — життєва ємкість легень (спірометрія), м'язова сила кисті (динамометрія);
- *соматоскопічні* - будова тіла, розвиток м'язів, форма грудної клітки, ніг, вираженість вторинних статевих ознак, пульс, артеріальний тиск тощо.

Статистична обробка одержаних матеріалів проводиться методами варіаційної статистики шляхом складання варіаційних рядів, рівнянь регресії тощо.

Аналіз одержаних даних проводиться за допомогою:

- сигмальної оцінки;
- індивідуальної оцінки за шкалою регресії.

Останній метод є більш вичерпним, бо дає можливість врахувати різні ознаки у взаємозв'язку, виділити осіб з гармонійним і дисгармонійним розвитком.

Показники фізичного розвитку в сучасних умовах *не є складовою офіційної статистичної звітності*, що не дозволяє постійно оцінювати його стан у населення всієї країни. Це можна робити на основі спеціальних вибіркового досліджень, які проводяться в таких напрямках:

- *динамічне спостереження* за фізичним розвитком одних і тих же контингентів;
- *визначення закономірностей* фізичного розвитку в різних статеві-вікових групах населення та динаміки за певний період часу;
- *розробка регіональних статево-вікових стандартів* з метою індивідуальної та групової оцінки фізичного розвитку дітей;
- *оцінка ефективності* оздоровчих заходів.

Систематичне спостереження за показниками фізичного розвитку населення протягом останніх десятиріч дозволили встановити кілька *найбільш істотних закономірностей*:

1. Відбувається *прискорення темпів фізичного розвитку* підростаючого покоління - акселерація, для якої характерні зміна вихідного рівня фізичного розвитку при народженні, прискорення темпів розвитку в усіх вікових групах і більш ранній всебічний розвиток дітей та підлітків.

2. *Зростає* число випадків *дисгармонійного фізичного розвитку*, зокрема дисгармонія темпів психічного та фізичного розвитку.

3. *Збільшується частка* осіб з *надлишковою масою* тіла, чому сприяють зміни способу життя, харчування, гіподинамія тощо.

Контрольні питання

1. Підходи до визначення поняття "фізичний розвиток".
2. Практичне значення показників фізичного розвитку.
3. Методи та критерії оцінки показників фізичного розвитку дітей та підлітків.
4. Критерії оцінки та методи статистичної обробки матеріалів фізичного розвитку при масових обстеженнях.
5. Основні тенденції показників фізичного розвитку протягом останніх десятиліть.

Розділ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НАЙВАЖЛИВІШИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

У ХХ сторіччі досягнуті значні успіхи у виживанні людства. Смертність населення в цілому зменшується, середня очікувана тривалість життя значно підвищується. Цей процес нерівномірно розповсюджується по окремих країнах світу. В розвинутих країнах світу спостерігається "*неепідемічний*" тип патології", однією з ознак якого є те, що більшість населення багатьох країн помирає з причин, що пов'язані з хронічними неепідемічними захворюваннями (ХНЗ): хворобами системи кровообігу (ХСК) та злоякісними новоутвореннями (ЗН). Значну частку становить смертність від травм, підвищується смертність від психічних розладів. Це так звані "хвороби цивілізації".

У країнах, що розвиваються, більшість населення вмирає з причин, пов'язаних із інфекційними та паразитарними захворюваннями - "*епідемічний*" тип патології".

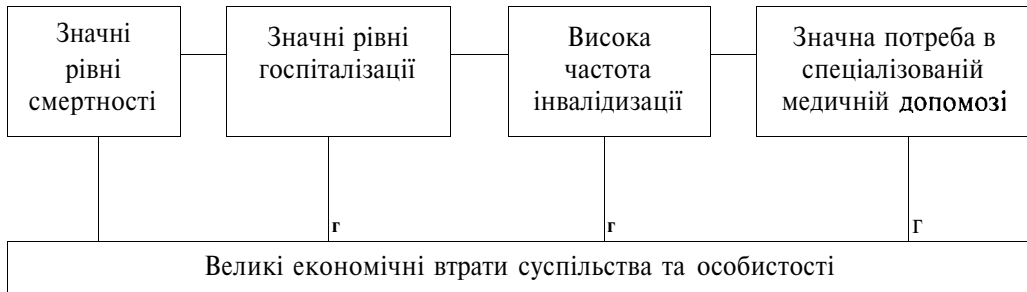
Є країни, що займають проміжне становище та мають "*проміжний тип патології*", де значна смертність від хронічних неепідемічних захворювань межує з високими рівнями смертності від інфекційних і паразитарних хвороб.

Трансформація патології населення світу призвела до того, що більшість інфекційних хвороб, які становили основну причину втрат населення світу, поступилися своїм місцем "мовчазним вбивцям ХХ сторіччя" - хронічним неепідемічним захворюванням. Серед них виділяють найважливіші, значення яких невпинно зростає. До найважливіших захворювань відносять хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, психічні розлади, наркоманії, туберкульоз і СНІД.

У розділі будуть розглянуті питання:

- роль найважливіших хронічних захворювань у формуванні основних показників здоров'я населення в Україні та світі;
- сучасні тенденції захворювань системи кровообігу;
- вплив різних чинників на рівні показників захворюваності та смертності при ХСК;
- система організації лікувально-профілактичної допомоги хворим на ХСК, заходи соціальної профілактики ХСК;
- захворюваність, смертність та інвалідність від злоякісних новоутворень, порівняльний аналіз показників у динаміці, регіонах і групах населення;
- вплив різних чинників на рівні захворюваності, смертності та інвалідності від ЗН;
- система організації лікувально-профілактичної допомоги хворим на ЗН;
- медико-соціальні аспекти хвороб, що належать до класу травм, отруень і деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників;

- медико-соціальні проблеми наркоманій (включаючи алкоголізм і нікотиніо-манію);
- сучасні тенденції хвороб, що належать до класу розладів психіки та поведінки (психічні розлади);
- медико-соціальні аспекти інфекційних хвороб, насамперед туберкульозу та СНІДу.



Мал. 1. Медико-соціальне значення найважливіших захворювань.

Більшість ХНЗ хвороб обумовлені розвитком цивілізації, їх значення за прогнозом зростатиме в ХХІ ст. Медико-соціальне значення найважливіших захворювань обумовлене зростанням їх ролі в структурі захворюваності та смертності населення світу, провідним місцем у інвалідизації, що обумовлює зростання потреби в спеціалізованій медичній допомозі та підвищення витрат на охорону здоров'я суспільства та особистості (мал. 1). *Загальні причини та механізми* виникнення та розповсюдження ХНЗ *спільні*, універсальні, стосуються всього людства. Формується феномен "соціальної дезадаптації", внаслідок чого виникають хвороби та відхилення в соціальній поведінці.

Універсальні загальні чинники виникнення "хвороб цивілізації та соціальної дезадаптації" полягають у тому, що людина створила нове, незвичне для фізіологічних процесів організму середовище, внаслідок гіпертрофованої чи безконтрольної фізичної та соціальної діяльності, що призводить до патологічних порушень у її організмі.

Першочергове негативне значення при *розвитку* цивілізації набувають соціальні фактори:

- зміни особливостей харчування;
- забруднення атмосферного повітря, ґрунту, води;
- радіаційне забруднення;
- зміна ритмів життя, перевтома, нервові напруження внаслідок підвищення темпів життя взагалі, а також на виробництві;
- гіподинамія;
- надмірна технізація та інформатизація, які впливають на фізичне та психічне здоров'я людства.

Але, треба зауважити, проблема полягає не у фатальності розвитку дезадаптації, а в складності попередження порушень механізму адаптивних

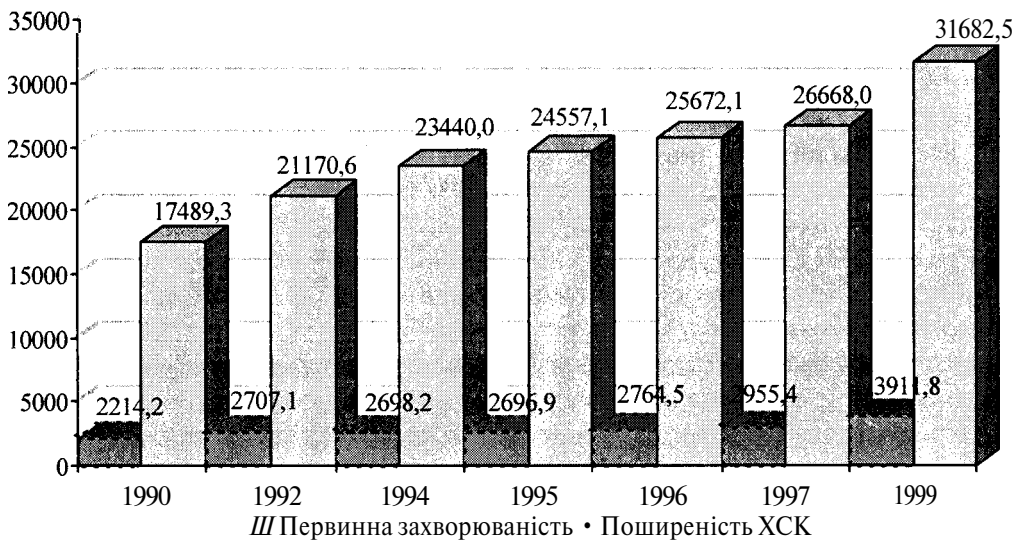
реакцій при конкретних хворобах. Це можливо тільки на основі комплексного вивчення ролі різних чинників ризику, патогенезу розвитку хвороб, широко-масштабних соціально-гігієнічних досліджень різного рівня та підвищенні відповідальності кожного за своє здоров'я.

5.1. Хвороби системи кровообігу

Основними хворобами, які в більшій мірі, ніж усі інші, трансформували тип патології населення світу є хвороби системи кровообігу (ХСК, IX клас хвороб за МКХ-10). Найбільше значення серед них мають ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ), церебро-васкулярна хвороба (ЦВХ).

Зростання смертності всіх ХСК в розвинутих країнах почалось у 60-70-ті роки, сьогодні спостерігається стабілізація рівня в окремих групах населення та країнах. В 70-х роках у країнах так званої "сімки" смертність від ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, мозкових інсультів почала знижуватись на 1-3% за рік, і зниження продовжується до теперішнього часу. У країнах Східної та Центральної Європи поліпшення такого не спостерігається.

В Україні підвищується як первинна захворюваність на ХСК, так і їх поширеність (мал. 2).



Мал. 2. Захворюваність на хвороби системи кровообігу населення України в 1990-1999 рр. (на 100 тис. населення).

Досить високим є й рівень смертності (табл. 1). Хоча помічається деяка тенденція до зниження за останні роки, приріст цього показника в 1997 році порівняно з 1990-м становить 32 %.

Показник смертності від ХСК формується, головним чином, за рахунок смертності від ішемічної хвороби серця та церебро-васкулярної патології.

Причинами, що призводять до різкого підвищення захворюваності та смертності від ХСК серед населення, є зміни в соціально-економічних відносинах, соціальному становищі різних прошарків суспільства, а також зубожіння, послаблення організаційних профілактичних заходів, поширення шкідливих звичок і нездорового способу життя.

Таблиця 1

Динаміка смертності від ХСК населення України

	1990	1992	1994	1995	1996	1997
Кількість померлих (тис. чол.)	332,8	360,0	432,3	450,4	431,7	429,0
Рівень смертності (на 100 тис. населення)	641,5	690,3	832,6	874,0	845,2	847,1
% приросту абсолютного числа померлих відносно до 1990 р.	—	8,2	29,9	35,3	29,7	28,9
% приросту рівня смертності відносно до 1990 р.	—	7,6	29,8	36,2	31,7	32,0

У різних регіонах України є відмінності в структурі ураженості населення ХСК, що пов'язане як із віково-статевою структурою населення, так і з дією соціально-економічних чинників, особливо способу життя.

Велику роль відіграє екологічна ситуація в окремих регіонах, про що свідчить зростання смертності від ХСК серед постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Щорічно зростають показники поширеності ХСК серед ліквідаторів аварії. Вони значно перевищують показники, характерні для дорослого населення України.

У структурі захворюваності населення України на ХСК протягом останніх 10 років перші три місця займають гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС) та церебро-васкулярні захворювання (ЦВХ).

Найбільшого значення з кожним роком набуває ГХ, яка зростає швидше, ніж ІХС та ЦВХ. Захворюваність на ГХ у 1997 році становила 115,4 на 100 тис. населення (вище, ніж у 1996 році, на 34,3 %); захворюваність на ІХС підвищилась на 6,6 %, а ЦВХ - на 12,2 %.

Виникнення ГХ пов'язане з підвищеним артеріальним тиском (АТ). За оцінками експертів Українського науково-дослідного інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска (1995 р.), в Україні майже 13 млн. людей мають підвищений АТ, але знають про це лише 62 %, а лікуються тільки 23,2 %.

Як відомо, розвиток артеріальної гіпертензії (а в певній мірі й характер її перебігу), пов'язаний із спадковістю, психоемоційними перевантаженнями, нерациональним харчуванням (переїданням, надмірним вживанням харчової солі, насичених жирів, нестачею в їжі кальцію та магнію), ожирінням, недостатньою фізичною активністю, палінням, зловживанням алкоголем.

Одним із найважливіших факторів ризику розвитку артеріальної гіпертензії є психоемоційний стрес, який активізує природжені фізіологічні механізми (певні збуджані структури центральної нервової системи, симпатичний відділок вегетативної нервової системи), збільшує викид катехоламінів, звужує

судини, підвищує рівень цукру, холестерину, артеріальний тиск. Включення цих механізмів у первісної людини супроводжувалося м'язовим "розрядженням", що сприяло зняттю нервового перенапруження. Умови життя сучасної людини змінилися, за стресовими ситуаціями "розрядження" не настає. Створюються умови для розвитку неврозу, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу.

Незалежно від наявності чи відсутності суб'єктивних симптомів захворювання підвищений артеріальний тиск призводить до ураження таких важливих органів, як серце, мозок, нирки, очі, судини, сприяє розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (в тому числі інфаркту міокарда), серцевої та ниркової недостатності, порушення мозкового кровообігу.

Здавна доведений взаємозв'язок розвитку артеріальної гіпертензії та *збільшення маси тіла* (ожиріння). Ожиріння значно погіршує перебіг і прогноз артеріальної гіпертензії. Великої уваги надають також і *фізичній активності*.

Основною тенденцією захворюваності на ХСК, крім підвищення їх рівня, є ще й значне *"омолодження"*. Випадки інфаркту та інсульту все частіше трапляються в молодому віці, особливо у чоловіків. У людей із підвищеним АТ у 3-4 рази частіше виникає ІХС та в 7 разів — ЦВХ.

ХСК суттєво впливають і на *захворюваність із тимчасовою втратою працездатності*.

Як свідчать дослідження Українського науково-дослідного інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска, економічні збитки, обумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ, ІХС та ЦВХ, в 1996 році в Україні перевищили 2 млрд. грн.

В Україні, як і в багатьох розвинутих країнах, *ХСК є основною причиною первинної інвалідності* дорослих, а також провідною причиною інвалідності населення працездатного віку.

Рівень первинної інвалідності від ХСК у 1997 році порівняно з 1996 роком знизився, а у населення працездатного віку зріс і склав 11,6 та 19,6 випадків на 10 тис. серед усього населення; 60,6 випадків на 10 тис. і 55,1 випадків серед працездатного населення. В структурі причин первинної інвалідності дорослих у 1997 році 32,4 % займають ХСК.

Високі рівні інвалідизації, особливо серед працездатного населення, зумовлюють великі витрати на соціальне утримання інвалідів, їх працевлаштування, лікування та реабілітацію. Значна частка інвалідів серед чоловіків має I групу, більше половини — II групу. Показники дещо менші серед жінок. Прогнозується подальше зростання інвалідизації внаслідок ХСК.

Таким чином, *основними особливостями* ХСК в Україні є:

- зростання смертності від ХСК при зниженні цього показника в країнах Європейського регіону;
- північно-східний вектор розповсюдженості патології;
- вищий рівень і темпи зростання смертності серед сільського населення, "омолодження" контингентів хворих;

- провідна роль ХСК в інвалідазації населення;
- значний рівень захворюваності, а також захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, особливо у чоловіків працездатного віку.

Всі ці суттєві особливості зумовлюють *зростання медико-соціального значення* хвороб системи кровообігу в Україні, яке пов'язане з:

- провідною їх роллю в смертності;
- великими економічними збитками суспільства від поширення передчасної смерті;
- коштами, які витрачаються на діагностику, лікування, реабілітацію хворих;
- високими рівнями інвалідазації.

Досвід 27 розвинутих країн світу (США, Японія, Канада) з впровадженням широкомасштабних кардіологічних профілактичних програм, спрямованих на зменшення впливу факторів ризику виникнення ХСК, свідчить, що провідною серед них є зміна способу життя:

- збалансоване харчування відповідно до енергетичних затрат організму з достатньою кількістю ненасичених ліпідів;
- усунення шкідливих звичок (тютюнопаління);
- підтримання нормального артеріального тиску.

Всі ці фактори є керованими. Впровадження профілактичних програм із усуненням їх дії в ряді міст Литви та Росії свідчить про можливість зниження розповсюдженості та смертності від ХСК на 30-40 %.

В сучасний період реформування державної системи охорони здоров'я первинна профілактика, що базується на формуванні здорового способу життя населення, усуненні дії факторів ризику, є найбільш актуальною. Передбачається, що впровадження "Програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні" може за 10-12 років знизити смертність від інсультів на 30 %, а від ішемічної хвороби - на 10 %.

Система організації лікувально-профілактичної допомоги хворим на ХСК в Україні має розгалужену інфраструктуру, яка включає позалікарняну (кардіологічні кабінети поліклінік, кардіологічні диспансери, спеціалізована швидка допомога), лікарняну (кардіологічні відділення з блоками реанімації та інтенсивної терапії, кардіологічні центри) та санаторно-курортну ланки. Високоякісна висококваліфікована кардіологічна допомога надається в провідних наукових центрах: Українському науково-дослідному інституті кардіології ім. М.Д. Стражеска, науково-дослідному інституті серцево-судинної хірургії АМН. Позитивне значення має й організація спеціалізованого санаторно-курортного лікування реконвалесцентів.

На першому етапі надання спеціалізованої діагностично-лікувальної допомоги цій групі хворих до кардіологічного кабінету поліклініки їх направляють завідувачі терапевтичних відділень міської чи районної поліклінік, дільничні терапевти, лікарі сільських амбулаторій або фельдшери ФАПів.

Якщо хворим сільським жителям протягом 3-5 днів не вдається встановити заключний діагноз і підібрати адекватне лікування, то їх направляють на консультацію до кардіолога поліклінічного відділення обласного кардіологічного диспансеру. Деталізація питання надання високоякісної кваліфікованої допомоги при ХСК в Україні викладена в підрозділі 6.2 "Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню".

Організація адекватної допомоги хворим значною мірою залежить від *раннього виявлення патології*, що обумовлено рівнем кваліфікації кардіологів, лікарів загального профілю, терапевтів, якістю медичних оглядів, рівнем медичної культури населення. Раннє виявлення патології та рання госпіталізація попереджують прогресування та ускладнення патології. Враховуючи частий безсимптомний перебіг цієї хвороби, необхідно час від часу вимірювати артеріальний тиск як дорослим, так і дітям. За нормальних його значень контрольні вимірювання слід проводити раз на півроку, а при можливості й частіше.

На ранніх стадіях для попередження прогресування хвороби велике значення мають *оздоровчі заходи*: нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, здоровий спосіб життя, санаторно-курортне лікування.

Для значної частини хворих основне значення набувають *стаціонарно-замінюючі* форми надання медичної допомоги, особливо денні стаціонари (ДС). На другому етапі стаціонарна допомога надається в спеціалізованих кардіологічних відділеннях, клініках вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних інститутів тощо. Рівень госпіталізації хворих на ХСК в Україні з 1990 по 1997 рік знизився (від 3,4 до 2,8 на 100 дорослих і підлітків), що є наслідком широкого розповсюдження стаціонарно-замінюючих форм надання медичної допомоги, підвищення якості позалікарняної допомоги, диспансерної роботи тощо.

Надання хворим на ХСК *стаціонарної допомоги* в Україні базується на розвитку широкої інфраструктури спеціалізованих кардіологічних відділень. Вони є в складі міських, обласних лікарень, у тому числі клінічних. Тимчасові штатні нормативи передбачають 1 посаду лікаря кардіолога-реаніматолога на 6 ліжок, 1 посаду лікаря кардіолога на 20 ліжок, 1 палатний цілодобовий пост на 15 ліжок (1 медична сестра), 1 посаду фельдшера на 40 ліжок у спеціалізованих відділеннях для хворих із інфарктом міокарда, а в складі неспеціалізованих відділень - 1 посаду на 25 ліжок.

Потребують впровадження нові методи діагностики та лікування ХСК. З метою вивчення факторів впливу на виникнення та перебіг ХСК за останні 25 років у світі були проведені спеціалізовані широкомасштабні дослідження, які сприяли вдосконаленню методів лікування ІХС, гострого інфаркту міокарда та ГХ.

Останнім часом встановлена спадкова схильність щодо деяких найважливіших неепідемічних захворювань (атеросклероз, ішемічна хвороба серця,

гіпертензія). Тому при загальній і спеціалізованій медичній допомозі пропонується також використовувати підхід, орієнтований на родину. Він особливо ефективний у країнах із високо розвинутою інфраструктурою системи охорони здоров'я, де є заклади генетичного консультування та підготовлені кадри з медичної генетики.

Сучасні заходи, які мають вплинути на запобігання ХСК та ефективність їх лікування в Україні:

- своєчасна рання, максимально донозологічна діагностика ХСК;
- підвищення рівня медичної культури населення та посилення уваги до свого здоров'я;
- широке впровадження засад здорового способу життя;
- впровадження інтенсивних медичних технологій лікування та реабілітації хворих;
- покращання взаємодії органів охорони здоров'я з органами освіти в реалізації профілактичних програм для різних верств населення, дітей, підлітків і молоді з метою запобігання дії факторів виникнення ХСК.

Усунення дії факторів ризику ХСК є перспективним напрямком покращання здоров'я населення, тому що, як свідчать дослідження останнього десятиріччя, багато з них є спільними чинниками виникнення найважливіших хвороб.

Вивчення основних факторів ризику виникнення хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень і інших хронічних призвело до необхідності створити комплексну програму профілактики ХНЗ, яка повинна включати такі розділи:

- I. санітарно-гігієнічний - первинна профілактика впливу факторів ризику;
- II. соціально-економічний - розвиток медичних закладів, кадрів, проведення оздоровчих заходів тощо;
- III. санітарно-освітній - формування здорового способу життя.

Перший і другий розділи реалізуються зусиллями та заходами з боку держави, інфраструктурою санітарно-епідеміологічної служби, виділенням коштів на розвиток лікувально-профілактичних закладів тощо, третій - через загальнодержавні програми.

Відповідні програми гігієнічного виховання повинні запроваджуватись щонайменше в підлітковому віці, якщо не раніше. Зважаючи на більш високі показники смертності чоловіків, у програмах первинної та вторинної профілактики слід також виділяти, як фактор ризику, стать. Вони повинні враховувати регіональні відмінності смертності від ХСК. Третинна профілактика ХСК повинна передбачати покращання надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги, попередження хронізації, ускладнень і інвалідизації хворих.

Впровадження багатофакторних профілактичних програм, нових методів діагностики, лікування та реабілітації хворих на ХСК, дозволяють сподіватись на покращання показників захворюваності, смертності в Україні, як це зареєстровано в Японії, США, Франції, Швеції, Фінляндії, інших розвинутих країнах світу.

Контрольні питання

1. Які хвороби належать до найважливіших хронічних захворювань?
2. Медико-соціальне значення найважливіших хвороб.
3. Які нозологічні одиниці серед хвороб системи кровообігу мають найбільше значення та чому?
4. Яке місце в структурі загальної смертності та захворюваності населення України та світу займають хвороби системи кровообігу?
5. Провідні фактори ризику виникнення хвороб системи кровообігу.
6. Система спеціалізованої допомоги хворим на хвороби системи кровообігу.
7. Які основні напрямки профілактики хвороб системи кровообігу?

5.2. Злоякісні новоутворення (ЗН)

Соціально-медичне значення злоякісних новоутворень обумовлене в першу чергу тим, що вони є другою причиною смерті населення розвинутих країн світу.

Проблема ЗН загострилася в другій половині ХХ сторіччя, хоча відомості про смерть від пухлин історики знаходили ще в давнину. Швидкими темпами розповсюдження цієї патології почалося після другої світової війни. За даними ВООЗ в останні 50 років смертність від ЗН підвищилась в усьому світі. В 90-х роках тільки в найбільш розвинутих країнах від ЗН щорічно помирало 140,0-150,0 чоловік на 100 тис. населення.

Основними наслідками розповсюдження ЗН є витрати та втрати різних країн у соціальній і матеріальній сферах *суспільства, сім'ї та кожної окремої людини* (мал. 3).

Суспільні наслідки обумовлені економічними втратами (прямими та опосередкованими), змінами *демографічних* (підвищення демографічного навантаження, скорочення середнього віку життя) та *біологічних* показників (середня очікувана тривалість життя, втрата років життя).

Прямі втрати становлять лише 20 % від усіх і стосуються коштів на диспансеризацію, обстеження, лікування та реабілітацію хворих; підготовку фахівців-онкологів, розгортання мережі онкологічних закладів, медичне обладнання, соціальне забезпечення тощо. Витрати спрямовані на попередження інвалідизації, зниження смертності тощо, тобто вони є "вигідними" затратами.

Опосередковані втрати становлять до 80 % всіх витрат суспільства, пов'язаних із ЗН. Це очікувані втрати, обумовлені передчасною смертністю населення в до- та працездатному віці (максимальними є втрати суспільства від ЗН дітей), оплатою лікарняних листків з тимчасової непрацездатності та утриманням інвалідів.

Вплив ЗН на *сім'ю* багатоплановий - це зниження доходу, розпад сім'ї, сирітство, удівство, втрати престижу, достатку.

Багато досліджень присвячено вивченню групи *чинників*, що сприяють захворюваності та смертності на злоякісні новоутворення. Сучасні уявлення про їх виникнення пов'язують із *комплексом екзо- та ендогенних чинників*,



Мал. 3. Соціально-економічні наслідки злоякісних новоутворень.

дія яких посилюється (темпи індустріального розвитку країн, техногенне та інформаційне перевантаження, забруднення навколишнього середовища - "екологічна криза", розповсюдження канцерогенів, шкідливі звички тощо).

Основними чинниками ризику виникнення новоутворень провідні вчені різних країн світу вважають *канцерогени* (як хімічні, так і фізичні), *вірусні агенти* та *успадковану генетичну схильність*. Останнім часом переважає *комплексна теорія* - вважають, що поєднання дії комплексу факторів ризику відіграє вирішальну роль у виникненні патології конкретної особи.

Різні нозологічні форми злоякісних новоутворень відрізняються за ступенем соціально-економічних витрат, про що свідчать показники впливу кожної форми пухлин на середню очікувану тривалість життя (СОТЖ) й економічні витрати. СОТЖ найбільше скорочується внаслідок смерті від злоякісних новоутворень легень, шлунка, лімфатичної та кровотворної систем (у чоловіків) і молочної залози, шийки матки, шлунка (у жінок). Жінка, що вмерла від ЗН, втрачає 19,1 років життя, а чоловік - 17,3. Окремі нозологічні форми та локалізації зумовлюють скорочення СОТЖ на 17-28 років, максимальні втрати характерні для новоутворень кісток і сполучної тканини.

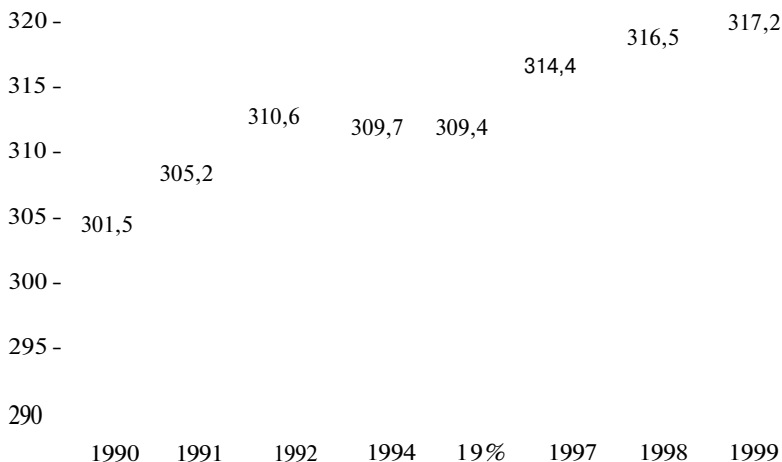
Вплив злоякісних пухлин на здоров'я населення визначається також показниками інвалідності та смертності. За прогнозом в окремих регіонах світу, в Україні також, рівні захворюваності, інвалідності та смертності будуть зростати. Смертність від ЗН має віково-статеві особливості, вона підвищується з віком і досягає максимальних рівнів у 75-79 років.

Загалом, за даними ВООЗ, протягом останніх 20 років знизилась смертність чоловіків від раку органів травлення, жінок — від раку шийки матки, підвищилась від раку органів дихання.

Захворюваність у цілому має такі віково-статеві особливості: у віці до 50 років вона вища у жінок, а після 50-ти - у чоловіків. ЗН посідають друге місце в структурі інвалідності населення України. Питома вага окремих злоякісних новоутворень у структурі інвалідності становить 20-29 %.

У розвинутих країнах, насамперед у США, з 1992 року має місце тенденція до стабілізації та зниження рівня смертності від усіх форм новоутворень на 3 % протягом року, що призводить до підвищення кількості осіб дитячого і працездатного віку та інтенсивнішого накопичення контингентів хворих старшого працездатного віку. Експертна оцінка цього явища не однозначна. Переваги від зниження смертності (економічні, соціальні, медичні, психологічні тощо), розробка нових методів реабілітації інвалідів із максимальним включенням у соціум і використанням резервів їх працездатності на основі нових технологій дозволяють позитивно оцінювати прогрес медицини в виліковуванні хворих на злоякісні новоутворення.

В Україні захворюваність населення на ЗН зростає з 1990 року (мал. 4). Показник вперше зареєстрованих випадків становить 314,4 на 100 тис. всього населення, для міських жителів 312,9, а для сільських — 317,7 на 100 тис. (1997 р.). В 1998 році - 316,5 та 318,0 і 313,4; а в 1999 році - 317,2 та 315,9 і 320,0 відповідно.



Мал. 4. Динаміка первинної захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні (на 100 тис. населення).

Рівень захворюваності має виражені регіональні відмінності (табл. 2). Високий рівень у південних областях (Одеській, Херсонській) обумовлений впливом кліматичних умов (потужністю сонячного випромінювання, кількістю сонячних днів протягом року), а також більш широким розповсюдженням шкідливих звичок серед мешканців регіону. Традиційно високі рівні захворюваності та смертності в Кіровоградській області. Мінімальні рівні захворюваності реєструють у західних областях України - Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій і Тернопільській (від 216,0 до 243,0 на 100 тис. відповідного населення). В 1998 та 1999 роках тенденції не змінилися.

Таблиця 2

Регіональні особливості захворюваності на злоякісні новоутворення в 1996 і 1997 рр. (на 100 тис. населення)

Територія	Рік	
	1996	1997
Україна	309,4	314,4
Області з максимальними рівнями:		
Одеська	421,9	426,1
Полтавська	385,9	380,6
Кіровоградська	331,8	350,5
Черкаська	349,2	345,7
Херсонська	334,9	343,5
Області з мінімальними рівнями:		
Закарпатська	220,0	215,6
Івано-Франківська	237,9	231,6
Чернівецька	241,2	242,7
Рівненська	244,5	243,5
Тернопільська	266,6	278,4

Рівень захворюваності неспинно підвищується, що сприяє накопиченню контингентів хворих. Їх кількість в Україні у 1999 році перевищує 75 тис. осіб.

Структура захворюваності має *статеві особливості*. На першому місці у *чоловіків* рак легенів, шлунка, шкіри, а у *жінок* переважає рак молочної залози, на другому місці - рак шкіри, на третьому — шлунка.

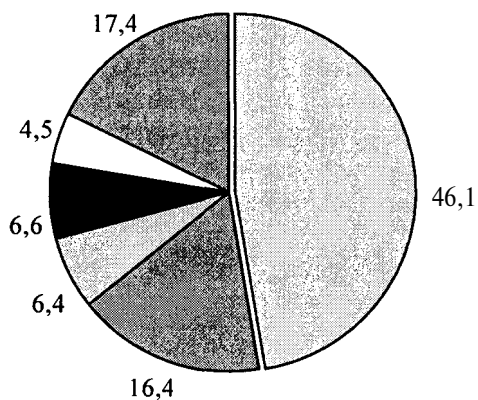
Рівні захворюваності окремих вікових груп як у чоловіків, так і у жінок відрізняються. Найбільш високі спостерігаються у віковій групі 75-79 років, хоча різке зростання починається з 40-44 років.

Окремі нозологічні форми пухлин мають різну динаміку: при сталому зростанні ураження населення раком щитовидної залози, зростають рак передміхурової залози, сечового міхура, молочної залози, тіла матки (темпами 3-5 % за останній рік). Знижується рівень захворюваності на рак ротової порожнини, губи, трахеї, бронхів, легень (що найбільш реально пов'язане зі зниженням профілактичних флюорографічних оглядів населення).

Поширеність захворювань серед міських жителів України має дещо більш високий рівень порівняно з сільським майже в усіх областях.

Протягом 90-х років захворюваність *дитячого населення* на ЗН значно зросла. Особливо високий темп приросту спостерігався в 1997 році. Найвищі рівні в м. Севастополі, Черкаській, Дніпропетровській областях, де показники перевищують середній рівень по Україні в 1,5-2 рази.

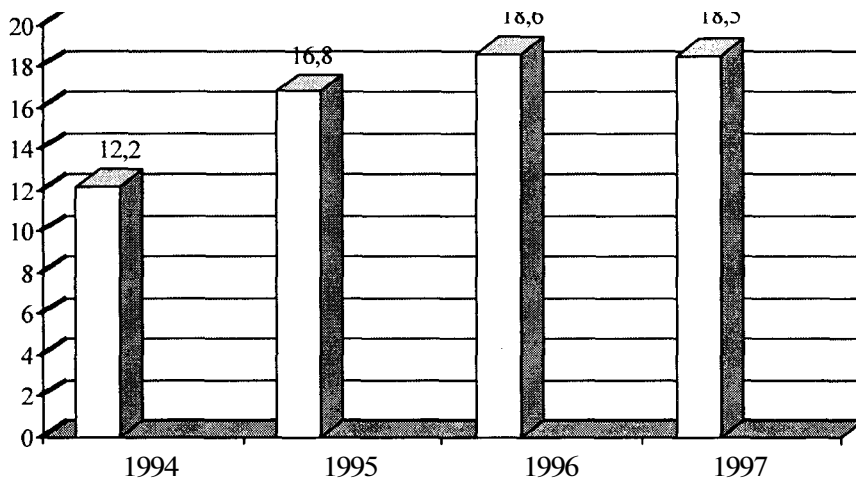
Структура онкологічної захворюваності в дітей має свої особливості (мал. 5). Перше місце займають злоякісні новоутворення лімфатичної та кровотворної тканин, на які припадає 46,1 % всіх захворювань. Найвищий рівень захворюваності на гострі лейкози в дітей зареєстровано в Харківській, Івано-Франківській та Чернігівській областях.



Злоякісні новоутворення	Питома вага, %
Лімфатичної та кровотворної тканини	46,1
Головного мозку	16,4
Кісток і суглобових хрящів	6,4
Сечових органів	6,6
Органів травлення	4,5
Інших локалізацій	17,4

Мал. 5. Структура онкологічної захворюваності дітей в Україні (1997 рік).

У дітей часто трапляється рак щитовидної залози - він має найвищі показники в областях, що найбільш постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (Чернігівська, Житомирська, Київська) (мал. 6).



Мал. 6. Динаміка захворюваності дитячого населення України на гіперплазію щитовидної залози I-II ст. в 1994-1997 рр.(на 1000 дітей).

Онкозахворюваність взагалі, та особливо серед дитячого населення, є чутливим індикатором змін навколишнього середовища, чим і пояснюється рівень і темп ураження дітей в Україні.

У структурі причин смерті новоутворення займають друге місце. В 1997 р. вони обумовили 14,6 % чоловічих і 11,0 % жіночих смертей. Рівень смертності від них підвищувався до 1995 року, а після почав знижуватися. Смертність з цієї причини зростає від більшості локалізацій раку в Україні швидше, ніж у країнах Західної Європи, що суттєво впливає на розрив між нашою державою та розвиненими країнами світу.

Смертність від ЗН має регіональні відмінності. Максимальні рівні зареєстровані в південно-східних (Одеська, Херсонська, Миколаївська, Луганська, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька) та областях інших регіонів із високим ступенем постаріння населення (Чернігівська, Черкаська, Кіровоградська).

Смертність від новоутворень у чоловіків зростає більш значними темпами, ніж у жінок у більшості областей України. Її притаманні розбіжності між міським і сільським населенням (табл. 3).

Таблиця 3

**Смертність населення України від новоутворень з 1990 по 1997 рік
(на 100 тисяч населення)**

Населення	1990	1995	1997
Міське населення	192,1	193,8	186,5
Сільське населення	207,4	209,6	203,2
Все населення	197,1	198,9	192,0

Основними соціально-гігієнічними особливостями злоякісних новоутворень в Україні є:

- неспинне зростання показників смертності та захворюваності з 1990 до 1995 року при темпі середньорічного приросту 2,7-4,8 %, більша їх поширеність у південно-східних областях;
- приріст цих показників серед чоловіків вищий, ніж серед жінок;
- "омолодження" контингентів хворих;
- віково-статеві розбіжності структури захворюваності за окремими нозологічними формами.

Основними проблемами є недостатньо рання діагностика (при багатьох нозологічних формах захворювання виявлялися в 3-4 стадії), "омолодження" (швидкими темпами наростає ураження дитячого населення на рак шитовидної залози, статевих органів, кістково-м'язової системи), зростання інвалідності населення.

Організація лікувально-профілактичної допомоги хворим на ЗН в Україні спирається на розгалужену інфраструктуру закладів охорони здоров'я. Облік і аналіз захворюваності та смертності в Україні здійснюють 46 онкологічних диспансерів, у тому числі 25 обласних і 2 міських — (місто Київ і місто Севастополь), онкологічні кабінети поліклінік, жіночих консультацій і Український НДІ онкології та радіології.

Система обліку онкологічних хвороб в Україні досить надійна, вона забезпечує достовірні дані про рівні ураження населення. Облік хворих і суцільну реєстрацію випадків проводять онкодиспансери за спеціальними обліковими формами - "Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення" (ф. 090/0). Усі повідомлення підсумовуються в "Звіті про захворюваність на злоякісні новоутворення" (ф. 7) обласних диспансерів. Вони відображені в "Звіті про ураження злоякісними новоутвореннями населення", який складає Український НДІ онкології та радіології. Для поглибленого аналізу захворюваності ці документи доповнюють виписками з медичних карт стаціонарних хворих, медичними картами амбулаторних хворих, контрольними картами диспансерного спостереження. Основним документом реєстрації, виклику хворого, контролю за станом здоров'я та якістю лікування є контрольна карта диспансерного спостереження (ф. 030-6/0).

Основним закладом надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Україні є онкологічний диспансер.

Завдання його такі:

- первинна профілактика;
- рання діагностика, профілактичні огляди;
- диспансерне спостереження;
- лікування хворих;
- організаційно-методичне керівництво ЛПЗ.

У складі онкологічного диспансеру є підрозділи:

- поліклінічне відділення, де ведуть прийом хірург, гінеколог, отоларинголог (5-15 лікарів);
- стаціонарні відділення різної потужності;
- рентгенокабінет;
- лабораторії;
- організаційно-методичний кабінет;
- пансіонат для тимчасового перебування хворих при діагностичному обстеженні.

Всіх виявлених хворих, що стоять на обліку в диспансерах, *розподіляють на 4 групи*, що дозволяє оцінити діяльність закладу та планувати організацію стаціонарної допомоги. Велика кількість хворих III, IV гр. потребує надання допомоги та нагляду вдома чи в хоспісах. Розподіл хворих із вперше в житті встановленим діагнозом (I-II стадії - 42,7 %; III - 26,4 %; IV - 21,3 %) та висока летальність до 1-го року життя - 38,2 % (Україна, 1997 рік) свідчать про наявність резервів для покращання організації надання онкологічної допомоги за рахунок більш ранньої діагностики.

Основними *чинниками несвоєчасного встановлення* діагнозу злоякісного новоутворення є:

- запізніле звертання за медичною допомогою;
- діагностичні помилки;
- безсимптомна форма;
- недостатня надійність методів ранньої діагностики окремих захворювань.

Для підвищення рівня та якості діагностики з використанням сучасних засобів велику роль відіграють *діагностичні центри*.

Незважаючи на значні зусилля, що зумовили покращання лікування, діагностики та профілактики, в організації протиракової боротьби є й серйозні *проблеми*. До 40 % онкохворих лікується в загальній мережі лікувально-профілактичних закладів (1998 рік). До цього часу не приділяється достатньої уваги організації онкологічної допомоги дітям, хворим на злоякісні пухлини. До 70 % їх виявляють на пізній стадії захворювання через відсутність онкологічної настороженості лікарів. Досить значна частка дітей вмирає протягом року з моменту встановлення діагнозу. Для їх лікування в Україні немає достатньої кількості ліжок, а лікування в загальній мережі призводить до використання неадекватних методів, обмеження комбінованої та хіміотерапії. Незважаючи на великі витрати на організацію профілактичних оглядів, їх ефективність низька - активно виявляють лише 14 % онкохворих. Знизилась ефективність цитологічного скринінгу жінок.

Згідно з наказом МОЗ № 208 від 30.12.92 р. для подальшого покращання та розвитку онкологічної допомоги передбачена низка заходів:

- забезпечення ліжками (до 3,5 на 10 тис. населення);
- створення онкологічних кабінетів у поліклініках, чоловічих і жіночих оглядових кабінетів у лікувально-профілактичних закладах;

- створення онкохіміотерапевтичного відділення онкологічного диспансеру та кабінету амбулаторної хіміотерапії;
- збільшення ліжкового фонду обласних онкологічних диспансерів до 400-450 ліжок;
- створення денних стаціонарів при поліклініках обласних (міських) онкодиспансерів.

Заборонено планове лікування онкологічних хворих у загальнолікувальній мережі. З метою покращання його якості обов'язковим є визначення плану лікування в онкологічному закладі тільки за участю трьох спеціалістів: хірурга, хіміотерапевта та променевого терапевта.

До останнього часу не вирішені великі проблеми, пов'язані з обслуговуванням хронічних хворих, особливо в термінальній стадії. Перспективою його покращання є створення хоспісів для задоволення потреби в медико-соціальній допомозі.

Контрольні питання

1. Місце ЗН у структурі захворюваності та смертності населення світу та України.
2. Регіональні особливості захворюваності та смертності на ЗН, їх віково-статеві особливості.
3. Динаміка захворюваності та смертності на ЗН.
4. Медико-соціальне значення ЗН.
5. Провідні фактори ризику ЗН.
6. Провідні заклади із надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення в Україні.
7. Основні напрямки покращання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення в Україні.

5.3. Травми

Травматизм - це сукупність травм, які виникають протягом певного проміжку часу на певній території серед певної групи населення.

Основними видами травматизму є: *дорожньо-транспортний, виробничий, побутовий, спортивний, вуличний.*

Рівень травматизму невпинно зростає. Хоча в структурі загальної захворюваності населення його частка невелика (4-6 %), він є однією з трьох основних причин інвалідності і займає перше місце в структурі її причин серед працездатного населення. Питома вага смертності від травм досягла 10 % і більше багатьох розвинутих країн світу.

Епідемія травматизму швидко поширюється в усьому світі. Міжнародні конфлікти та стихійні лиха сприяють загальній тенденції його зростання. Особливо зростає дорожньо-транспортний травматизм. За даними ВООЗ смертність від нього становить третину загальної смертності відповідного класу.

В Україні найбільш поширеним видом є *побутовий травматизм*, який зустрічається частіше, ніж спортивний, вуличний, дорожній (мал. 7).



Мал. 7. Структура травматизму за окремими видами в Україні, 1997 р. (%).

Соціально-медичне значення травматизму визначається тим, що травми:

- є третьою причиною смерті населення;
- займають значне місце в структурі окремих видів захворюваності, перше серед причин звертань за хірургічною амбулаторною допомогою і в структурі госпіталізованих до хірургічних відділень лікарень;
- спричиняють великі економічні збитки на виробництві та в суспільстві;
- зумовлюють значні витрати на медичну допомогу, потребують соціальних виплат на утримання інвалідів;

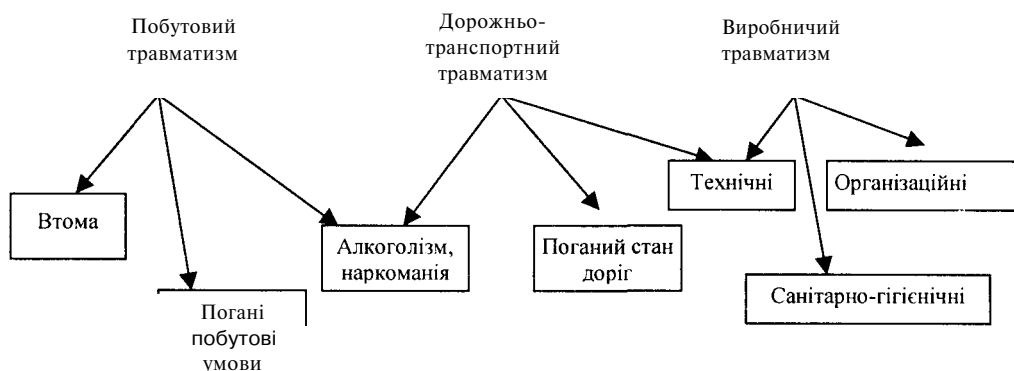
Регіональні відмінності загальних рівнів травматизму чітко залежать від рівнів промислового розвитку регіонів. Найвищі показники в Україні в 1999 році (на 10 тисяч населення), в місті Києві (796,8), Донецькій (609,5), Запорізькій (572,5) та Луганській (528,8) областях. У великих промислових регіонах рівень травматизму перевищує найнижчі показники в 2-2,5 раза.

Регіональні відмінності побутового травматизму менш виражені, ніж загального травматизму, між тим у Донецькій та Чернігівській областях (441,8 та 421,9 випадків на 10 тисяч населення) побутовий травматизм реєструється частіше, ніж у Чернівецькій та Тернопільській областях (217,9 та 268,9 на 10 тисяч).

Друге місце посідає вуличний травматизм (62,1 на 10 тисяч населення), третє - виробничий травматизм (45,7 на 10 тисяч населення). Рівень дорожньо-транспортного травматизму повільно підвищується. Найвищі показники його в Київській області (11,2 на 10 тисяч населення), найнижчі в Чернівецькій та Львівській областях (3,4 і 2,9 на 10 тисяч населення). Різниця рівнів майже в 5 разів свідчить про вплив інтенсивності транспортних сполучень як головного чинника транспортного травматизму.

Найбільш поширеними є рани, поверхневі пошкодження та забої, причому в побуті найбільш поширені травми нижніх кінцівок, а на виробництві - верхніх кінцівок. Природно, що найчастіше причиною інвалідності є переломи кісток нижньої кінцівки. Причини травматизму різноманітні (мал. 8).

Найбільша кількість смертей пов'язана з побутовим і виробничим травматизмом.



Мал. 8. Основні причини травматизму.

Максимальний рівень смертності від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій у 1997 році зареєстрований у Дніпропетровській області, він перевищує мінімальні рівні в Закарпатській та Івано-Франківській областях у 2,3 раза, і показник по Україні - в 1,3 раза (табл. 4). Рівні смертності від травматизму мають значні відмінності залежно від статі. Смертність чоловіків перевищує жіночу у всіх регіонах і в Україні загалом (табл. 4).

Таблиця 4

Смертність від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій, 1997 рік (на 100 тисяч чоловік) (мінімальні та максимальні рівні)

Територія	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Україна	147,21	254,75	56,45
Закарпатська область	80,81	128,55	38,95
Івано-Франківська область	80,81	138,05	30,53
Дніпропетровська область	184,36	317,39	73,7

Про соціальну детермінованість травматизму (його зв'язок з рівнем урбанізації, інтенсивністю промислового розвитку та статтю) свідчить різна інтенсивність смертності в містах і селах від нещасних випадків, вбивств і самогубств серед чоловіків та жінок. У всіх вікових групах травми частіше трапляються у чоловіків.

Травматизм - головним чином, нещасні випадки - основна причина смерті дітей, підлітків, молоді. В Україні частка дітей у віковій структурі травматизму знаходиться в межах 20-24 %.

Рівень травматизму дітей 0-14 років високий. У 1997 році в Україні він підвищився на 6,9 % порівняно з 1996. В 1998 та в 1999 роках рівень травматизму дітей становив 114,2-113,7 на 10 тис. відповідного населення.

Найбільш високі його рівні в 1999 році були зареєстровані в великих містах (Київ, Севастополь) і в Запорізькій області, найнижчі рівні дитячого травматизму мали місце у Тернопільській, та Закарпатській областях.

Друге місце посідає *вуличний травматизм*. Його рівень серед дітей майже в 2 рази вищий від усього населення України. Найвищі показники вуличного травматизму у м. Києві, а найнижчі - в Закарпатській області. Поширений серед дітей *шкільний травматизм*.

Найчастіше травмуються хлопчики у віці 7-14 років. Рівень смертності дітей від травм максимальний у віці 6-14 років. Існує зв'язок між частотою травматизму, порою року, регіонами.

Окремого аналізу потребує смертність населення від *самогубств*. Україна відноситься до держав з середнім і високим рівнем *суїцидальної* активності (10,0-20,0 на 100 тис. населення). За останні 10 років рівень самогубств зріс (з 19,0 у 1988 році до 29,0 у 1999 році на 100 тис. населення). В західних регіонах є середнім. В окремих розвинутих промислових районах і областях, що найбільше постраждали від аварії на ЧАЕС їх рівень значно перевищує середній (до 44,4 на 100 тис. населення). Сільські мешканці в 1,5 рази частіше від міських закінчують життя самогубством. Максимальна частота самогубств у чоловіків 20-59 років. Загалом в Україні показник для чоловіків становить 53,0, для жінок 9,8 на 100 тис. населення. За останні роки різко підвищився рівень самогубств дітей 5-14 років. Він становить 0,5 % самогубств всіх вікових груп населення.

Соціальні фактори, що сприяють зростанню суїцидальної активності населення України:

- різке зниження рівня життя;
- підвищення безробіття;
- алкоголізм і наркоманія;
- зростання соціальної ізоляції;
- збільшення кількості розлучень, нестабільних сімей;
- діяльність псевдорелігійних сект і об'єднань.

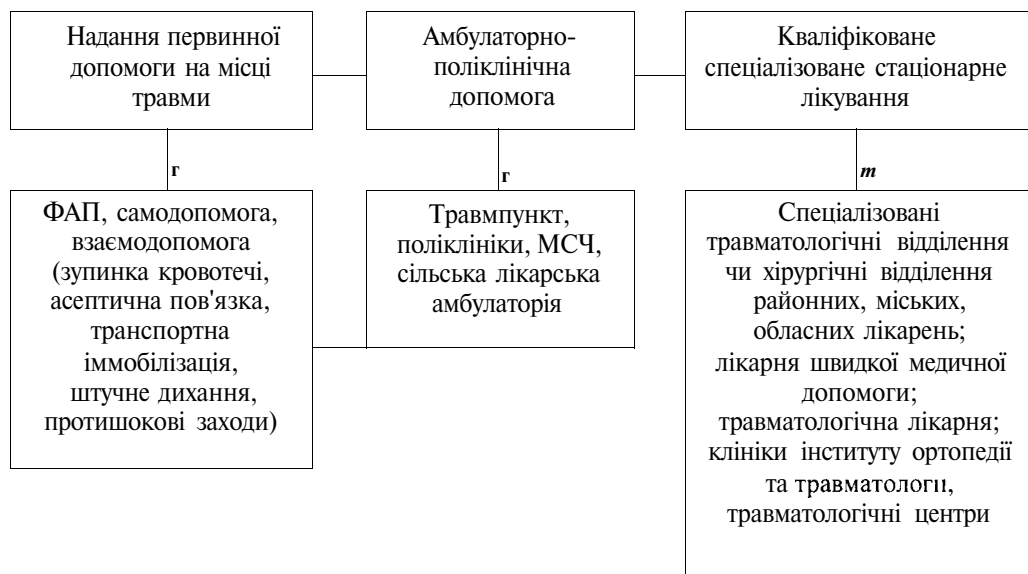
На рівень смертності від травм впливає ефективність медичної допомоги травмованим на *догоспітальному етапі*, а саме:

- само- та взаємодопомога;
- медична допомога на місці травми;
- оптимальна відстань до лікарні чи травм пункту при госпіталізації - не більше 25 км;
- правильне та швидке транспортування до спеціалізованої установи;
- своєчасне якісне обстеження та лікування;
- адекватна реабілітація.

Вирішальним є компетентність лікарів, що надають допомогу травмованим. В місті надається переважно високоспеціалізована допомога, в селі її забезпечують терапевт, хірург, або невролог.

Надання лікувально-профілактичної допомоги постраждалим від травм

Основні заклади та підрозділи з надання допомоги травмованим - це травмпункти та травматологічні (хірургічні) відділення лікарень (мал. 9).



Мал. 9. Основні етапи організації травматологічної допомоги.

Основним організаційним принципом надання допомоги травмованим є наближення первинної медичної допомоги до місця травми. За експертними оцінками до 80-90 % травмованих потребують амбулаторної травматологічної допомоги в травматологічних пунктах територіальних поліклінік. Останнім етапом допомоги є стаціонарна. Експерти вважають, що до 26 % хворих з переломами кісток потребують стаціонарного лікування, при інших видах травм він значно менший. У великих містах таких хворих госпіталізують до травматологічних відділень, спеціальних палат або до лікарні швидкої медичної допомоги.

Кожна лікарня з ліжками для хірургічних хворих повинна мати приміщення для надання допомоги травмованим і здійснення протишокової терапії.

Останнім часом створені центри з надання допомоги при деяких видах травм (зокрема, при переломах шийки стегна), в яких ефективно впроваджуються нові методи лікування та реабілітації хворих.

Профілактика травматизму базується на визначенні провідної ролі певних видів травм для окремих груп населення. В основі визначення лежить раціональна реєстрація травм, яка має юридичне, наукове та оперативне значення. Краще реєструють виробничі травми, для них розроблена державна

регламентація правил реєстрації. Інші види травм реєструють звичайним записом у медичній документації. Лікар, що надає допомогу потерпілому, заповнює звичайну медичну документацію.

При травмуванні на виробництві документи, що підтверджують наявність у пацієнта виробничої травми підтверджують такі документи:

- акт комісії про нещасний випадок на виробництві;
- постанова суду (на основі свідчень свідків) або самі свідчення свідків (при отриманні травми по дорозі на роботу та з роботи);
- довідка з травмпункту чи ДАІ.

Травми невиробничого характеру реєструють в актах форми НТ.

Усунення та зменшення поширеності розповсюдженості всіх провідних причин травм (мал. 8) суттєво впливають на рівень травматизму. Співпраця лікарів і спеціалістів з техніки безпеки на виробництві з представниками правоохоронних органів, ДАІ тощо підвищує ефективність профілактичних заходів.

Підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги постраждалим від травм, профілактика травматизму потребують великої уваги держави, міністерств, відомств і всіх медичних працівників.

Вкрай необхідним є подальший розвиток єдиної системи організації травматологічної допомоги населенню та розробка й впровадження загальнодержавних заходів профілактики травматизму, особливо в умовах запровадження сімейної медицини в Україні.

Контрольні питання

1. Ситуація з епідемією травматизму в світі та в Україні.
2. Регіональні особливості травматизму в Україні.
3. Місце травматизму серед причин смертності та інвалідності населення світу та України.
4. Види травматизму, найбільш поширені у світі та в Україні.
5. Характеристика виробничого, побутового та дитячого травматизму в Україні.
6. Складові частини витрат, пов'язаних з травматизмом.
7. Чинники, що сприяють підвищенню ефективності медичної допомоги травмованим на госпітальному етапі.
8. Заклади та підрозділи для надання допомоги травмованим.
9. Основні напрямки профілактики травматизму.
10. Основна документація, що підтверджує наявність травми в пацієнта.

5.4. Психічні розлади

Психічні розлади - це той клас хвороб, поширеність якого тісно пов'язана з соціальними чинниками. Психічне здоров'я та благополуччя розглядають як єдине ціле, що включає широкий діапазон - від відчуття повного задоволення своїм здоров'ям і життям до тяжких психічних розладів особистості. До інших чинників, що сприяють виникненню психічних розладів відносять спадковість. Останнім часом вона підтверджена для ряду психічних хвороб,

особливо шизофренії. Виникнення патології може бути пов'язане також з інфекційними агентами, травмами, різними соматичними захворюваннями.

Дуже важко конкретно визначити поняття "випадок психічного захворювання". До 80-х років не існувало безперечних міжнародних критеріїв оцінки. Вони були розроблені в 80-ті роки і представлені на міжнародному рівні єдиною класифікацією (DSM-III, DSM-IV, 1994) з чітко визначеними конкретними синдромами.

З точки зору ВООЗ до найбільш важливих відносяться такі психічні розлади:

- сильні депресії;
- деменції (втрати пам'яті), переважно короточасні розлади;
- депресії;
- самогубства.

За оцінками спеціалістів Національного інституту психічного здоров'я США (1992) популяційні дослідження поширеності депресій свідчать про їх зростання. Основні фактори, що впливають на цей процес - це соціальна дезадаптація при швидких змінах умов сучасного життя, урбанізація; географічна мобільність, структурні зміни в сім'ях.

Не в усіх країнах проводиться суцільна реєстрація звертань за амбулаторною допомогою та госпіталізованої захворюваності. При державній системі охорони здоров'я обліку підлягають стаціонарні та амбулаторні хворі. Спеціалізована психіатрична мережа забезпечує більш повні дані про кількість психічно-хворих.

Експерти ВООЗ вважають, що 5-10 % населення розвинутих країн потребують психіатричної допомоги. Депресії, неврози, психічні дисфункції в сукупності з соматичними розладами частіше трапляються у осіб похилого віку, вражаючи до 40 % шестидесятирічних чоловіків і 70 % жінок. Постаріння населення світу сприяє розповсюдженню психічних захворювань. Останнім часом з'явилися нові дані, що свідчать про більшу поширеність психічної патології (в основному в прихованих формах) у віковій групі 25-34 роки, порівняно з 65-річним і старшим населенням.

Досить часто психічні розлади поєднуються з соматичними - у 9-25 % хворих. Із загальної кількості осіб з фізичними вадами майже 30 % мають психічні хвороби. Матеріали проведеного в Канаді (1992 р.) дослідження взаємозв'язку психічної та соматичної патології підтверджують концепцію цілісності здоров'я та "загальної вразливості" людини.

Кількість хворих у світі швидко зростає за рахунок неврозів з розладами особистості. Рівень ураження населення в сільській місцевості нижчий. Чим більше місто, тим частіше в ньому трапляються нейропсихічні захворювання.

Переважають ураження в працездатному віці. Госпіталізована захворюваність вища у людей похилого віку. Захворюваність значно вища серед бідніших прошарків населення. Забезпеченість вище середнього рівня зменшує частоту ураженості в 10-15 разів.

Психічні розлади зумовлюють підвищення потреби населення в амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній медичній допомозі. В середньому у світі потребують стаціонарної допомоги 3-5 % хворих. Останнім часом в Україні теж спостерігається тенденція до зростання їх кількості. Підвищується розповсюдженість і смертність від психічних розладів.

Таблиця 5

Смертність від психічних розладів в Україні (на 100 тис. населення)

Рік	Все населення	Міське населення	Сільське населення
1990	3,1	2,6	4,2
1995	8,5	8,5	8,4
1997	6,6	6,2	7,3

Захворюваність на психічні розлади в 1997 році становила 529,0 на 100 тис. населення. Спостерігається стабільне зростання показника з 1992 по 1997 рік від 451,7 до 529,0 на 100 тис. (табл. 6). Населення працездатного віку хворіє на психічні розлади частіше. Показники чоловіків майже в 2 рази вищі. В структурі загальної захворюваності (1997 р.) частка психічних розладів не значна і становить 0,8 %, в структурі поширеності — 3,6 %. Поступове наростання рівня ураженості вимагає подальшої психологічної та соціальної підтримки, лікування, диспансеризації та консультування.

Таблиця 6

Захворюваність на психічні розлади в Україні (на 100 тис. населення)

Рік	Все населення	Населення працездатного віку		Населення непрацездатного віку	
		чоловіки	жінки	Чоловіки старше 60 років	Жінки старше 55 років
1996	522,6	734,2	461,2	407,0	204,1
1997	529,0	739,5	462,8	401,0	219,8

Захворюваність на психічні розлади в Україні має й деякі регіональні відмінності. Найвищий рівень її реєструвався в 1999 році в Луганській області.

Підлітки, безробітні, одинокі, люди похилого віку - соціально вразливі прошарки населення - мають найбільший ризик захворіти. Його збільшують дестабілізація життя суспільства, невпевненість у майбутньому, розповсюдження шкідливих звичок (наркоманія, алкоголізм) та нездоровий спосіб життя (див. підрозділ ВІЛ, СНІД та наркоманії). В 1999 році захворюваність та поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в Україні досягла 124,7 та 1540,1 на 100 тис. населення, внаслідок хронічного алкоголізму - 84,5 та 1372,9, а внаслідок наркоманії - 121,5 та 136,6 (на 100 тис. населення).

Спеціалізована психіатрична допомога швидко реформується та прогресує. В усьому світі до ХХ ст. госпіталізація хворих була примусовою. В сучасній психіатрії вона здійснюється у випадках, коли психіатр вбачає в діях хворого загрозу для оточуючих чи для нього самого.

В розвинутих країнах й досі 15 % хворих госпіталізують примусово. За останні 25 років підвищилась увага до прав людей з психічними розладами, що призвело до затвердження певних юридичних і законодавчих актів.

В більшості розвинутих країн в психіатричній лікарні є довірена особа, роль якої, як правило, виконує юрист або працівник соціальної служби. Вони повинні турбуватись про благополуччя недієздатних. В лікувальних закладах функціонують комісії з розгляду скарг пацієнтів. Пацієнти мають право на ознайомлення з своєю історією хвороби. В більшості клінік функціонують ради пацієнтів. Представники хворих включаються до органів управління.

Допомога при психічних розладах суттєво різниться в країнах світу. Так, наприклад, у Нідерландах і Великобританії 75-80 % пацієнтів з психічними розладами звертаються до лікарів загальної практики, які в переважній більшості (80 %) лише встановлюють діагноз і призначають лікування. Тільки в 20-25 % випадків лікар здійснює контроль за пацієнтом до початку його лікування у психіатричному закладі.

Основні міжнародні юридичні та правові документи, що регулюють питання медичної допомоги хворим на психічні розлади:

1. Принципи захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 46/119, 1992).

2. Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи державам стосовно правового захисту осіб, що страждають від психічних розладів, примусово госпіталізованих як пацієнти, R(83), 2.

3. Положення та погляди Всесвітньої психіатричної асоціації щодо прав та юридичного захисту психічнохворих (Афіни, Греція, 1989).

4. Гавайська декларація II (Генеральна асамблея ВПА, 1983).

5. Положення про використання та зловживання психотропними речовинами (прийняте ВМА, 1975 і 1983 роках).

6. Рекомендація 818 (1977) про ситуацію з психічними захворюваннями Парламентської асамблеї Ради Європи 29 сесії (1977).

В Україні психіатрична допомога населенню є складовою частиною спеціалізованої, яка базується на загальних лікувально-профілактичних принципах і зорієнтована на забезпечення кращих зразків світового досвіду. Нові можливості в лікуванні психічних захворювань пов'язані з немедикаментозними методами: внутрішньовенним лазерним, ультрафіолетовим опромінюваннями крові, гіпербаричною оксигенацією, краніоцеребральною гіпотермією, магніто-резонансною терапією, ентеросорбцією. В 1993 році організовано науково-лікувальний центр інтенсивної терапії, реанімації та детоксикації. В його структурі є поліклініка та стаціонарне відділення на 15 ліжок. Це клінічна база відділення інтенсивної терапії та детоксикації Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії. Госпіталізації до центру підлягають такі групи хворих:

- психічнохворі, які потребують реанімаційних інтенсивних втручань;
- пацієнти з ендогенними психічними захворюваннями, резистентними до психофармакотерапії;

- хворі з ускладненнями психофармакотерапії;
- опійні наркомани та хворі на алкоголізм.

До інфраструктури психіатричної служби відносяться наркологічні заклади, спеціалізовані психіатричні лікарні, швидка та невідкладна допомога. Слід відзначити недостатній рівень її інтеграції з загальною лікувально-профілактичною мережею, що часом спричиняє неадекватне вирішення лікувально-діагностичних проблем, профілактики та реабілітації психічнохворих. Все більша кількість осіб короткочасно лікується в різних психіатричних закладах, амбулаторіях, в домашніх умовах. Постійно зростає потреба у диспансерному нагляді та консультуванні, розгортанні денних стаціонарів, тісної співпраці з соціальними робітниками.

Українське законодавство щодо цих хворих, певною мірою, приведено у відповідність до положень Декларації про права людини, але ще потребує вдосконалення.

Міжнародні, національні медичні та юридичні організації захищають права і соціальне становище психічних хворих згідно з положеннями Декларації прав людини. Це призвело до значного зниження зловживань у психіатрії.

В Україні започаткована діяльність Асоціації психіатрів. Вона впроваджує основні міжнародні принципи захисту прав і свобод хворих на психічні розлади та медичних працівників, які надають їм допомогу. Зміна становища психічнохворої людини в суспільстві, розгортання мережі спеціалізованих будинків-інтернатів відкритого типу, денних стаціонарів, домашніх стаціонарів, розширення кола фахівців — це основні перспективні шляхи розвитку психіатричної допомоги населенню України.

Контрольні питання

1. Регіональні особливості поширення психічних уражень в світі та в Україні, їх основні тенденції.
2. Організація надання спеціалізованої психіатричної допомоги.
3. Юридичні основи та правові засади спеціального порядку лікування психічних розладів в Україні і в світі.

5.5. Наркоманії

Наркоманії - "ейфорікоманії" - це неконтрольований потяг до речовин, що впливають на центральну нервову систему, викликаючи стан штучного психологічного та фізичного благополуччя, анагезії, сп'яніння аж до наркотичного сну.

Наркоманія - "біла смерть" - вже давно оцінена ООН як глобальне явище. Сьогодні воно охопило майже 100 млн. людей. Перше місце за розповсюдженістю займає США, де майже половина населення старшого 12 років хоча б раз спробувала наркотики. Географічний розподіл вживання наркотичних речовин в Європі різноманітний: в об'єднаному Королівстві, Ірландії, Італії, Чехії і Данії - продукти з коноплі; ЛСД та екстазі, амфетамін в об'єднаному Королівстві; синтетичні засоби - в Ірландії, регіонах Західної частини Тихого океану; опіум, канабіс, кхат - в країнах Близького Сходу.

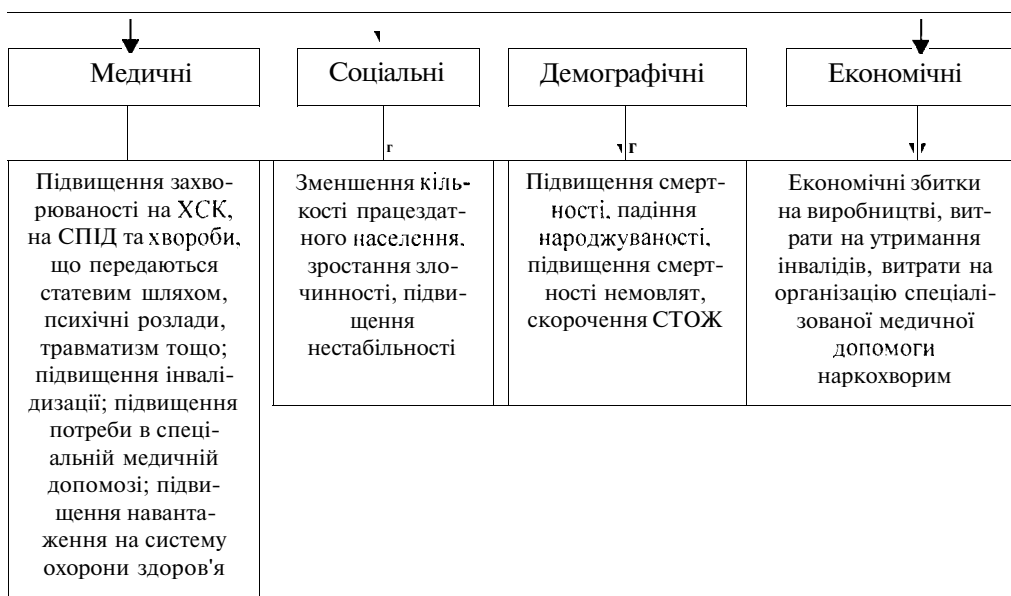
В країнах Центральної Америки поширене зловживання летючими розчинниками, в Південно-Східній Азії вживають комбінації кількох наркотиків.

Глобальна загроза наркоманії призвела до створення міжнародних інституцій, які отримують інформацію з більшості країн світу та розробляють заходи боротьби з наркотиками. Ще в 1971 році був організований цільовий фонд ООН для боротьби з наркотиками. В рамках ООН функціонують міжнародні Комісії з наркотичних препаратів і міжнародна Рада контролю над наркотичними речовинами. Всі ці інституції в співробітництві з ВООЗ регулярно проводять міжнародні конференції, приймають відповідні міжнародні конвенції.

За даними МВС України, міжнародна наркомафія зараз активно вивчає можливість використання території держави як самостійного ринку та шляху збуту наркотичних засобів і бази для їх подальшого транспортування в Європу. Вже зараз активно працюють "афганський" та "балканський" маршрути. Щоб запобігти цьому, з 1993 р. в структурі МВС були створені самостійні підрозділи для боротьби з незаконним обігом наркотичних речовин, при Кабінеті Міністрів - Національна координаційна рада. Але, як свідчить світовий досвід, політика заборони наркотиків не досягає мети - тотального звільнення суспільства від них.

Проблема наркоманій та токсикоманій багатогранна і пов'язана з стражданнями та трагічною загибеллю людини. Наслідки її різноманітні (мал. 10):

Наслідки наркоманій для суспільства



Мал. 10. Наслідки наркоманій для суспільства.

- втрати сотень і тисяч долів, нерозпізнаних і нерозкритих талантів;
- вбивства, пограбування, крадіжки заради отримання грошей на наркотики;
- соціальна деградація та зубожіння вживачів наркотиків і колосальні прибутки наркоділків - нерівноцінний перерозподіл коштів у суспільстві і поглиблення прірви між бідними та багатими;
- підвищення соціальної напруги, нестабільності та розширення криміногенного середовища.

Демографічні наслідки:

- висока смертність;
- народження вже перинатально наркозалежних дітей, від матерів, які вживали наркотики.

Медичні:

- погіршення стану здоров'я населення;
- розповсюдження небезпечних хвороб - СНІД, гепатит;
- збільшення рівня психічної патології;
- підвищення потреби в спеціалізованій стаціонарній медичній допомозі.

Економічні:

- втрати суспільства, пов'язані зі зменшенням кількості працездатного та репродуктивного населення за рахунок наркоманів;
- витрати на утримання інвалідів;
- витрати на організацію спеціалізованої медичної допомоги.

Наркотики спрямовані проти майбутнього, бо переважна кількість людей стає наркоманами в молодому, навіть у підлітковому віці. Молодь знаходиться під загрозою наркотизації ще й завдяки психофізіологічним особливостям - ризикова поведінка і бажання перевірити існуючі норми та заборони суспільства, спроба "перестрибнути" в дорослий світ тощо. Наркомани живуть недовго - до 35 років, бо виснаження організму призводить до ураження основних систем (серцево-судинної, дихальної). Серед них найбільша кількість травм і самогубств. Протягом останнього десятиліття наркоманів частіше уражує ВІЛ-інфекція, вони швидко помирають від СНІДу.

Наркоманія стосується всіх сторін життя людини. Страждає психіка - розвивається емоційна нестабільність, "тупість", апатія, депресія, дратівливість; знижуються інтелектуальні здібності (пам'ять, увага, логічне мислення), звужується коло інтересів, відчуття обов'язку, настає моральна деградація, відбуваються зміни фізичного стану - ураження печінки, серцево-судинної системи, прогресуюче виснаження, кахексія, маразм.

Формується *наркотична залежність* поступово, спочатку психічна, а потім фізична. Явище патологічного звикання до наркотику супроводжується синдромом *абстиненції*, тобто спробою організму компенсувати нестачу наркотичної речовини. Він може призвести до смерті наркомана. Механізми звикання, толерантності та абстиненції різноманітні, пов'язані з адаптацією організму до токсичного агента, яка врешті виснажує всі системи та призводить до патології.

Основними чинниками, що сприяють поширеності наркоманії в усьому світі є соціальні, біологічні та психологічні.

До *соціальних* відносять кризові періоди розвитку країн - дестабілізація суспільства, періоди стагнації, "занепаду ідеалів".

Основними *біологічними чинниками* є вік і стать. Найризикованішим є вік 13-19 років. Серед чоловіків наркоманія зустрічається частіше, ніж у жінок (3:1). Останнім часом вона швидкими темпами розповсюджується серед жіночого населення.

Групи чинників, що сприяють виникненню наркоманій:

- соціальні;
- медико-біологічні;
- психофізіологічні.

Соціальні чинники - спосіб життя, порушення взаємодії особистості та навколишнього середовища, зубожіння, непевність у майбутньому, низький освітній та культурний рівень, неповна чи конфліктна сім'я, безробіття та інші, що призводять до "соціальної дезадаптації".

Медико-біологічні чинники обумовлені особливостями обміну речовин, зокрема швидкістю та якістю дезінтоксикацій цих процесів, вадами в роботі печінки, нирок, систем кровообігу та дихальної.

Психофізіологічні чинники впливають на швидкість виникнення наркотичної залежності. Насамперед у споживача наркотику формується психологічна залежність (ще до фізичної), яка не піддається медикаментозному лікуванню. Вона ж є і останнім симптомом на шляху до одужання.

Експерти ВООЗ виділили 4 психологічні типи особистості, схильних до наркоманійної залежності:

- інфантильні, що легко підкоряються чужій волі;
- з вразливою психікою, невпевнені в собі, сором'язливі, які вважають себе неповноцінними, з підвищеною втомлюваністю;
- емоційно нестабільні, схильні до депресій, плаксиві, з потягом до негайного задоволення;
- дратівливі, запальні, не здатні втримати гнів, схильні до ризику і гострих відчуттів.

Звіти комісії ООН з наркотичних засобів свідчать, що зловживання ними менше поширене в країнах Східної Європи. За офіційними даними, розповсюдженість наркоманій незначна (близько 0,5-1 %). Рівень ураження населення України приблизно 0,1 %. Наркотизація зачепила всі її регіони. Загалом на обліку з приводу вживання наркотичних засобів в 1997 році перебувало близько 64 тис. осіб (54,5 тис. - наркомани, а 9,1 тис. - епізодичне вживання), але в 1999 році на обліку було більше 68 тис. наркоманів, а захворюваність становила 20,8 на 100 тис. населення. За оцінками МВС України, реальна кількість наркоманів у 10-12 разів більша від офіційно зареєстрованої. Найбільш уражені Дніпропетровська, Донецька, Запорізька області, регіон Чорноморського

басейну (Одеська, Миколаївська, Херсонська області, АР Крим), великі промислові центри (Київ, Львів, Харків, Кривий Ріг).

В Україні вживають різні наркотики:

- кустарні вироби з макової соломки;
- кустарні препарати з коноплі;
- ліки: медпрепарати, а також кустарно-вироблені наркозасоби з них.

Швидкий розвиток "наркосервісу" дає змогу прогнозувати невпинне зменшення вживання кустарних виробів.

Останнім часом наростає використання героїну, кокаїну, екстазі та інших "важких" наркотиків.

Поширюється ін'єкційна наркоманія та наркоманія з використанням синтетичних препаратів останнього покоління, особливо в місцях скопичення молоді (школи, дискотеки, спортклуби).

Одним з небезпечних видів наркоманії є токсикоманія, пов'язана з вживанням речовин, що є у вільному продажу і не віднесені до наркотичних. Часто токсикоманами стають алкоголіки, особи похилого віку, підлітки, починаючи вдихати пари хімічних речовин, препарати побутової хімії і закінчуючи алкоголем у поєднанні з транквілізаторами. Захворюваність та поширеність токсикоманій швидко зростають.

Щодо особливостей розповсюдження токсикоманії в Україні, слід зазначити зміну соціального статусу типового токсикомана. Якщо 10 років тому вона була поширеною серед найбідніших прошарків населення, переважно чоловіків, то сьогодні до них долучилися підлітки із сімей з високим рівнем забезпеченості.

Поширеність наркологічних захворювань серед підлітків 15-17 років (1993-97 рр.) вивчалась у проєкті ESPAD. В Україні в 1993-95 рр. вона становила 2,6-4,2 випадки на 10 тис. підлітків; в 1997 р., відповідно - 2,9.

Максимальні показники були зареєстровані в Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській областях (4,3; 5,5; 10,4 на 10 тис. підлітків відповідно).

Сьогодні злочинним світом *сформована та діє система прилучення молоді до наркотиків. На початковому етапі* приймають "легкі" та доступні стимулятори на дискотеках, які створюють ілюзію "безпеки" - під дією "фентезі" підліток почуває себе дужим, витривалим, веселим і може без втоми протанцювати ніч і більше. Розвиток звикання до дії наркотичної речовини штовхає на пошук інших препаратів. *На другому етапі* приймають більш важкі препарати, що пролонгують час дії хімічних речовин. Дози та частота вживання наростають. Відмовитись від них вже майже неможливо. Настає *третій етап* - вживання опіатів, які швидко викликають біологічну залежність. Життя без наркотику стає фізично неможливим.

Максимальні рівні ураженості наркоманією реєструють в Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській областях; токсикоманією - в Миколаївській, місті Києві, Автономній республіці Крим (0,4; 0,4 та 0,3 на 10 тисяч). У Волинській, Рівненській, Харківській та Тернопільській областях контингенти хворих на токсикоманії мінімальні.

Захворюваність на наркологічні розлади в Україні загалом має рівень 2,07 на 10 тис, а на токсикоманії - 0,03 на 10 тис. населення. Максимальні рівні реєструють у Дніпропетровській, Донецькій, Одеській областях (відповідно 4,77; 2,98; 3,94 на 10 тис. населення). Захворюваність на токсикоманії максимальна в Донецькій області (0,09 на 10 тис).

Як видно з викладеного вище, протягом останніх років в Україні склалася *загрозлива ситуація щодо поширення наркоманії*.

Подальший прогноз є несприятливим. Особливе занепокоєння викликає зростання кількості споживачів серед підлітків і молоді, поглиблення криміналізації, незадовільна ефективність медичної допомоги, вкрай обмежене використання сучасних методів їх психосоціальної реабілітації та адаптації.

З числа виявлених і поставлених на облік лікується не більше 25 %. *Основною ланкою лікувально-профілактичної допомоги є наркологічний диспансер*. Це організаційно-методичний центр з надання соціальної та медичної допомоги хворим на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію.

Враховуючи необхідність максимального наближення наркологічної допомоги населенню, диспансер може розгортати частину своїх структурних підрозділів (кабінети, пункти, відділення) в психіатричній мережі та в інших медичних закладах різних рівнів надання лікувально-профілактичної допомоги. Можливо, що для наркологічної допомоги найбільш доцільним є розширення структури диспансеру за рахунок спеціалістів, що допомагають хворому в детоксикації (нарколог, психіатр), подоланні наркотичної психічної залежності, та у видужанні (психологи, психотерапевти, соціальні працівники). Удосконалення лікування пов'язане з застосуванням немедикоментозної терапії - гіпербаричної оксигенації, ентеросорбції, краніоцеребральної гіпотермії, магніторезонансної терапії, розробленої та впроваджуваної Українським науково-дослідним інститутом соціальної та судової психіатрії. Особливо ефективним є застосування цих методів при лікуванні хворих на опійну наркоманію.

Діяльність нових об'єднань "Анонімних наркоманів" теж дуже доцільна. Безцінним є досвід хворих, які вилікувались від згубної пристрасті.

Найбільш ефективними методами боротьби є не заборонні, обмежувальні, а тривалі загальнодержавні та громадські заходи щодо формування здорового способу життя, спрямовані в першу чергу на дітей, підлітків і молодь.

Для наукового розв'язання цієї проблеми вченими Інституту педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України разом з Академією педагогічних наук України, Національною академією внутрішніх справ, Київським гуманітарним інститутом *розроблено та затверджено міжгалузеву науково-методичну програму превентивного виховання неповнолітніх*. До її виконання залучені Республіканський центр медичної генетики, Український центр соціальних служб для молоді, лабораторія превентивного виховання Інституту проблем виховання, Інститут змісту та методів навчання Міністерства освіти України та різні вищі медичні навчальні заклади - Тернопільська медична академія, Івано-Франківський, Луганський медичні університети, Запорізький університет.

За допомогою спеціальних медико-соціальних і генетичних методик виявляються діти та підлітки груп ризику, ведеться просвітницька робота серед школярів старших класів.

Успіхи в боротьбі з наркоманією можливі. Як свідчать фахівці, гостроту проблеми можна значно зменшити при об'єднанні зусиль всіх державних і громадських структур особливо в створенні освітніх програм для різних прошарків населення, в т. ч. з максимальним ризиком зловживання наркотичними засобами (підлітків, учнів ПТУ, студентів).

В Україні розроблено Національну програму профілактики наркоманії та захворювання на СНІД на 1998-2000 роки. Вона включає кілька розділів: медичний, соціальний, психологічний, юридичний. Такий комплексний підхід до проблеми є найбільш ефективним.

Програма передбачає заходи профілактики зловживання наркотиками:

- запровадження в систему дошкільного та шкільного валеологічного виховання методик антинаркоманійного навчання, створення системи психологічних і педагогічних впливів на особистість дитини з метою оволодіння навичками протистояння негативному впливу навколишнього середовища;
- організація постійного спостереження за динамікою немедичного вживання наркотиків, здійснення аналізу цього явища та коректив відповідних профілактичних заходів;
- розробка сучасних профілактичних програм для різних соціальних груп населення;
- підготовка фахівців з реалізації профілактичних програм;
- співпраця з міжнародними організаціями з профілактики наркоманії з метою інтеграції кращих зразків світового досвіду в національну практику.

Вона закладе підвалини для зменшення рівня незаконного попиту на наркотики.

Науково-методичний центр Київської міської наркологічної лікарні. "Соціо-терапія" за сприяння Програми ООН-СНІД у 1998 році розпочала пошук ефективних шляхів впровадження стратегії *замісної терапії* в Україні на основі досвіду впровадження аналогічних програм у Литві та Польщі. Замісна терапія передбачає використання речовин (методон тощо) - заміників більш важких наркотиків.

Замісна терапія — це один із *компонентів стратегії зменшення шкоди від наркотиків* для суспільства та наркоманів (профілактика СНІДу, злочинності, повернення ін'єкційних наркоманів у соціум, зменшення їх контактів із чорним ринком).

Алкоголізм. Перше місце в проблемі наркотизації людства сьогодні займає алкоголізація.

Алкоголізм — це *захворювання*, що характеризується алкогольною наркоманійною залежністю, при якій наростають специфічні зміни поведінки, соматичні, нервово-психічні зміни та з'являються соціальні конфлікти.

Коли мова йде про *алкоголізм*, використовують два показники:

- виробництво алкогольної продукції;
- вживання як опосередкований показник виробництва.

Вживання алкоголю було поширеним у більшості країн світу протягом багатьох століть.

Згідно даних ВООЗ, алкоголь у надмірних кількостях вживають мешканці західного та центрального регіонів Європи, перш за все в таких країнах як Італія, Франція, Іспанія, Португалія. Ці ж країни займають перші місця в світі з виробництва вина. Тут на кожного пересічного мешканця протягом року випивається від 10 до 20 літрів чистого алкоголю. Є значна різниця в структурі напоїв, що вживають: у Франції 96% серед напоїв - вина, а в Україні частка міцних напоїв становить близько половини. Але в цих даних не враховані кустарні вироби (самогон тощо), які мають широке розповсюдження.

Коливання рівнів вживання алкогольних напоїв у окремих країнах пояснюється відмінностями в звичках, неоднаковою потужністю алкогольного виробництва, різною силою антиалкогольного руху, неоднаковою глибиною економічної кризи, відмінностями в законодавстві тощо.

В багатьох країнах відбувається "*алкоголізація*" - тенденція до росту виробництва та вживання алкогольних напоїв.

До процесу алкоголізації невпинно втягуються нові контингенти населення: жінки, підлітки, діти, що швидко призводить до формування широкого прошарку хронічних алкоголіків. Якщо дорослому для формування залежності необхідно 7-10 років вживання алкоголю, то у жінок і дітей це відбувається за 1-2 роки. За період з 1990 року до теперішнього часу число хронічних алкоголіків на кожну 1000 людей у деяких країнах збільшилось більш ніж у 50 разів.

Класифікацій вживання алкогольних напоїв є багато, найбільш поширеним критерієм є періодичність і доза вживання алкоголю.

Виділяють такі основні поняття:

1. *Тверезість* — вживання не частіш 1 разу на місяць, нерегулярно, в невеликих кількостях.

2. *Помірне вживання* - не частіш 3 разів на місяць за соціально-детермінованими звичаями (день народження, поховання, хрестини, різні свята тощо). Існують межі помірного вживання алкоголю. Доза "відносної безпеки" для чоловіків менше 14 стандартних доз алкоголю на тиждень, для жінок - менше 9 на тиждень (стандартна доза дорівнює 12,8 г чистого етилового спирту).

3. *Зловживання:*

' без алкоголізму - регулярне вживання вище доз "відносної безпеки" без сильного сп'яніння;

- початковий алкоголізм - регулярне вживання з втратою контролю, вживання супроводжується сильним сп'янінням;

- алкоголізм - вживання супроводжується абстинентним синдромом, це найбільш характерна ознака, що свідчить про формування патологічної залежності особи від алкоголю.

Питання впливу алкоголю на особистість людини привертало увагу науки протягом розвитку людства. Це питання знайшло відображення в багатьох художніх творах.

Механізм дії алкоголю як токсичного агенту *багатовекторний*: вражаються всі органи та системи організму, особливо ураженою є центральна нервова система, печінка, нирки, серцево-судинна система. Загальна опірність організму хворого на алкоголізм швидко знижується. Алкоголь як наркотичний яд тяжко вражає клітини головного мозку, знижує швидкість реакції, паралізує центри уваги та самоконтролю. Ослаблення та параліч тормозного центру викликають брутальність, непристойну поведінку, цинізм, аморальність. Схильність до конфліктів і агресії призводять до правопорушень.

У випадках хронічного алкоголізму, патологічного пияцтва, запоїв, розвитку алкогольних психозів настає рання інвалідність і передчасна смерть. Гіпертонічна хвороба, психічні розлади, інфаркти та гострі порушення мозкового кровообігу - це ті хвороби, які досить часто зустрічаються серед осіб, які зловживають алкоголем. Смертність від травм, нещасних випадків, самогубств найчастіше пов'язана з алкоголем.

Чинники, що впливають на виникнення алкоголізму в окремої особи поділяють на:

- біологічні - до 30 % випадків генетично-детерміновані, передається схильність по чоловічій лінії, але якщо мати страждала на алкоголізм, то в підлітка формується залежність "з першої спроби";
- психологічні - має значення тип нервової системи; схильність до психопатій;
- соціальні — найбільш впливові, хоча вирішальним моментом є комплексна дія чинників на особистість.

Існують вікові розбіжності в структурі чинників, що сприяють вживанню алкоголю:

До 15 років (95 % усіх алкоголіків саме в цьому віці вперше долучається до спиртних напоїв), це так звані "пускові" чинники: несприятливі родинні стосунки, родинні традиції (майже в 60 % випадків першу чарку синові чи дочці наливають тато чи мама), незадовільна організація відпочинку.

В 16-19 років підтримують вживання алкоголю "питтєві" звичаї, алкогольні облуди та забобони, вплив оточуючого середовища, незадовільна організація відпочинку.

У віковій групі *20-26 років* розвиткові пияцтва сприяють даний вік і пов'язані з ним певні психічні установки, "питтєві" звичаї, вплив мікросередовища. Збільшується доза вживаного алкоголю.

У віці *старше 26 років* остаточно закріплюють вживання алкоголю та розвиток алкоголізму *психологічна, психічна, а далі фізична залежність* на фоні конфліктів у родині, на роботі, в суспільстві.

Алкоголізм призводить до значних збитків. Схематично збитки від алкоголізму поділяють на 3 групи:

- безпосередньо окремої особи
- сім'ї
- суспільства.

Вплив алкоголізації на суспільство приводить до значних втрат:

I. *Медико-біологічних:*

- підвищення захворюваності населення, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, травматизму;
- підвищення рівня загальної смертності, смертності немовлят і материнської смертності;
- скорочення середньої очікуваної тривалості життя на 10-20 років;
- загальне погіршення генетичного потенціалу країни (народження "дітей п'яної суботи" з фатальним алкогольним комплексом плоду).

II. *Соціальних:*

- підвищення рівня правопорушень;
- зростання злочинності, вбивств, пограбувань, крадіжок;
- загальне зниження моральності в суспільстві;
- зниження інтелектуального рівня та духовності;
- розпад сімей, сирітство тощо.

Соціальні наслідки алкоголізму на міжнародному рівні вимірюють такими показниками:

- рівень госпіталізації хворих на алкоголізм;
- смертність від алкоголізму;
- абсолютна та відносна кількість осіб, яких затримують у нетверезому стані;
- нещасні випадки від алкоголізму.

III. *Економічних:*

- зниження продуктивності праці на виробництві;
- зниження якості продукції;
- підвищення травматизму;
- зменшення кількості працездатного населення.

Результати соціологічних досліджень свідчать, що показники вживання алкогольних напоїв в Україні зростають. За оцінками експертів вживання алкоголю має негативну тенденцію: в 1992 році - 10,6 л абсолютного алкоголю, в 1997 р. — 13,0 абсолютного алкоголю.

Така ситуація вкрай несприятливо позначилася на стані здоров'я населення та призвела до збільшення рівня смертності та захворюваності на алкоголізм населення України. З 1992 по 1997 рік смертність на 100 тис. населення зростає від алкогольних отруєнь з 15,6 до 17,9, смертність від хронічного алкоголізму з 1,8 до 2,5, від алкогольного цирозу печінки з 0,7 до 2,3. В 1999 р. смертність внаслідок отруєння алкоголем становила 17,2 на 100 тис. населення.

Особливо тривожним є омолодження алкоголізму. За даними МОЗ України захворюваність на хронічний алкоголізм підлітків 15-17 років стрімко поширюється (0,4-0,5 на 100 тис. населення).

Зростає питома вага жінок у структурі смертності внаслідок алкогольних отруень, що співпадає з світовими тенденціями "фемінізації" алкоголізму.

На офіційному обліку в закладах охорони здоров'я України на початок 1998 року перебувало 715,8 тис. (14,13 на 100 тис. населення) хворих на алкоголізм. За останні п'ять років щорічно береться на облік 50-55 тис. нових хворих на хронічний алкоголізм. Особливо несприятлива ситуація серед жінок.

Найбільша кількість хворих на алкоголізм в Україні належить до вікової групи 40-49 років.

Поширеність алкоголізму має регіональні особливості, які зумовлені віково-статевою структурою населення та дією інших чинників.

Найбільші рівні захворюваності на алкогольні психози та хронічний алкоголізм реєстрували у великих промислових центрах.

Організація медичної допомоги хворим на алкоголізм у різних країнах світу має різні принципи - від анонімного добровільного до повністю примусового. Історичний розвиток показав, що примусовим шляхом повне виліковування майже неможливе. В США, Франції, Польщі, Чехословаччині, СРСР та інших країнах у різні історичні періоди застосувалось примусове лікування в стаціонарах, у спеціальних закладах (ЛТП) відкритого та закритого типу. Вартість сучасного лікування (медикаментозного, стаціонарного) невпинно зростає, становлячи десятки тисяч доларів, але ефективність його недостатня, бо при лікуванні від 6 місяців до 2 років рецидиви хвороби настають у переважній кількості пацієнтів протягом першого року.

В деяких країнах лікування є цілком приватним, хоча державна система більш ефективно впроваджує принцип наступництва: після стаціонарного лікування хворі одержують підтримуючу терапію в умовах наркологічних кабінетів.

Лікування хворих на алкоголізм в Україні може проводитися в усіх медичних закладах, а також у мережі наркологічних закладів:

- медичні витверезники - надають невідкладну допомогу сп'янілим;
- наркологічні кабінети психоневрологічних диспансерів, поліклінік надають амбулаторне лікування хворим на алкоголізм;
- спеціалізовані наркологічні лікарні та відділення психіатричних лікарень для стаціонарного лікування хворих - здійснюють висококваліфіковану стаціонарну допомогу.

Останнім часом значно розширюється мережа закладів, що проводять лікування хворих на алкоголізм: це і об'єднання "Соціотерапія" та кабінети анонімної допомоги на госпрозрахунковій основі, центри позбавлення алкогольної залежності, діяльність анонімних груп підтримки тощо.

Розглядаючи основні напрямки профілактики алкоголізму треба зазначити, що історичний досвід свідчить про недовіду заборонних заходів (США,

СРСР, Фінляндія тощо). Сучасними напрямками профілактики алкоголізму ВООЗ вважає: зниження потреби у використанні алкогольних напоїв і зниження дози вживання. Шляхи досягнення цієї мети можуть бути різними, в залежності від особливостей менталітету в кожній країні, але тільки комплексний підхід до проблеми державних органів влади, закладів охорони здоров'я, виховання та освіти і т.і. є ефективним.

Особливо ефективним у світі визнано більш як 60-річну діяльність організації "анонімних алкоголіків" (АА), яка через програму "12-кроків" формує нове сприйняття світу та змінює особистість людини, що хворіє на алкоголізм. У 1995 році в Сан-Дієго (США) конгрес АА зібрав більше 100 тисяч делегатів із усіх країн світу, що колись були алкоголіками, а тепер вилікувались і готові допомагати лікуванню кожного алкоголіка, що приєднується до груп АА, які є і в Україні. Сьогодні в світі є близько 2 млн. хворих на алкоголізм, що об'єдналися в групи взаємодопомоги для лікування. Програма АА гарантує одужання всім, хто її виконує.

Найбільш ефективними в профілактиці алкоголізму визнані тривалі загальнодержавні та громадські заходи пропаганди здорового способу життя та сучасні психотерапевтичні методи впливу на особистість.

Сьогодні ці заходи повинні бути спрямовані в першу чергу на підлітків і сім'ю. Комплексні заходи по викоріненню пияцтва та алкоголізму повинні сформувавши негативну установку до вживання алкогольних напоїв у підростаючого покоління, що є *первинною профілактикою* алкоголізму. *Вторинна профілактика* алкоголізму передбачає раннє виявлення пристрасі до алкоголізму та застосування методів корекції поведінки осіб з "груп ризику". *Третинна профілактика* алкоголізму передбачає попередження переходу алкоголізму в більш тяжку стадію, попередження інвалідизації хворих і передчасної смерті.

Тільки за умов співпраці державних структур, закладів охорони здоров'я, впровадження програм формування здорового способу життя населення, підвищення духовності суспільства можливо ефективно зниження розповсюдження алкоголізму.

Нікотинomanія. Особливо поширеним видом наркоманій в Україні є куріння тютюну — тютюнопаління чи нікотинomanія. З історії розвитку цієї наркоманії відомо, що найбільше поширення вона набула в ХХ столітті. Сьогодні тютюн є фактором ризику більш ніж 25 хвороб, що є причинами смертності населення, в тому числі хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворень. У США з цією причиною пов'язують до 30 % смертей.

Втрати населення України внаслідок тютюнопаління - майже 120 тисяч осіб щорічно. За даними Українського науково-дослідного інституту кардіології серед працездатного населення 41,4% чоловіків палять тютюн, а жінок - 25,7%.

Тютюнопаління призводить до значних збитків. Ці збитки в Україні обумовлені зниженням працездатності, втратою робочої сили через смертність, зниженням продуктивності праці внаслідок частої відсутності на робочому місці

курців, збільшенням витрат на медичну допомогу при захворюваннях, пов'язаних з тютюнопалінням тощо.

Тютюнопаління поширене серед усіх соціальних, статевих і професійних груп населення України. В останні роки тенденціями поширеності є "фемінізація" та "омолодження" тютюнопаління, що характерно для всіх регіонів України.

Розповсюдження тютюнопаління серед підлітків за даними дослідження 26 країн протягом 1993-1997 рр. має великі розбіжності. В Північній Європі дівчата палять більше, ніж хлопці. Протилежна ситуація в східноєвропейських країнах. У країнах, де більшість учнів палить регулярно, майже всі вони почали палити в ранньому віці (11-13 років). Більшість курців у віці 13 років та молодших, що палять щоденно, - це хлопці. Незважаючи на розбіжності між країнами тенденція "омолодження" прогресує. Україна не є винятком.

Матеріали Українського НДІ кардіології свідчать, що почали палити до 15 років 24,5 % чоловіків і 8,2 % жінок, від 15 до 24 років відповідно 67,0 % і 60,4 %. Тобто, більша частка осіб, що палять, почали палити в молодому віці. Поширеність паління серед підлітків становить майже 40 %, що свідчить про недоліки формування здорового способу життя.

Особливо *негативним* є те, що серед жінок у дитородному віці (20-39 років) палить 25-30 %, хоча відомо, що з тютюнопалінням пов'язані такі патологічні стани як токсикоз вагітності, патологічний перебіг пологів, передчасні пологи, синдром гіпоксії та недоношеності плоду тощо. Все це може привести до погіршення здоров'я прийдешніх поколінь.

Як свідчать результати дослідження НДІ кардіології, переважна частка тих, хто палить (більше 90 % чоловіків та жінок) знають, що це шкідлива звичка, але 70 % вже не можуть самостійно кинути палити.

Незважаючи на прийняття в 1996 р. в Україні "Закону про рекламу", а також постанови Уряду щодо боротьби з контрабандою тютюнових виробів, у цілому *законодавча база* в країні потребує вдосконалення, *не може забезпечити* всеохоплюючі механізми контролю над тютюном, передбачені розробленим ВООЗ "Третім Планом дій за Європу без тютюну".

В Україні в 1997 році максимальний вміст смоли в сигаретах встановлений на рівні 15 мг, більший, ніж у багатьох країнах). Наближення до світових стандартів у боротьбі з нікотиноманією йде повільно.

Головним у подоланні тютюнопаління є створення відповідної законодавчої бази, розробка нових лікувальних засобів, профілактичні освітні програми, які повинні запроваджуватись з дитячого віку.

ВООЗ підкреслює, що в країнах, де ведеться послідовна боротьба з тютюнопалінням і досягнуто суттєвого прогресу, цьому сприяли відповідні законодавчі акти та пропаганда здорового способу життя.

Координація спільних дій міжнародних організацій, національних державних органів влади, міністерств і відомств, громадських структур, кожної сім'ї та окремої особи дають надію в наближенні майбутнього вільного від наркотиків.

Контрольні питання

1. Світові тенденції поширення наркоманій, становище в Україні.
2. Основні наслідки наркоманій у суспільстві.
3. Основні чинники, що сприяють виникненню наркоманії.
4. Регіональні особливості розповсюдження наркоманій в Україні.
5. Соціально-гігієнічна характеристика розповсюдження наркоманій та токсикоманій в Україні.
6. Організація лікувально-профілактичної допомоги при наркологічних захворюваннях в Україні.
7. Перспективи розвитку медичної допомоги наркохворим в Україні.
8. Профілактика наркоманій у суспільстві.
9. Національна програма профілактики наркоманії та захворювання на СНІД на **1998-2000** роки (Україна).
10. Алкоголізація в світі та в Україні, прогноз.
11. Провідні причини в структурі смертності осіб, що хворі на алкоголізм.
12. Основні групи чинників, що впливають на ризик розвитку алкоголізму.
13. Збитки від алкоголізму.
14. Основні заходи боротьби з алкоголізмом.
15. Об'єкти протиалкогольної пропаганди в системі суспільної охорони здоров'я.
16. Первинна, вторинна та третинна профілактика алкоголізму.
17. Тютюнопаління. Становище в світі та Україні.
18. Основні підходи до профілактики та викорінення тютюнопаління.

5.6. Інфекційні та паразитарні хвороби

Інфекційні та паразитарні хвороби - основна загроза людству протягом віків - у першій половині ХХ ст. відступили на другий план, поступившись першим місцем у смертності населення розвинутих країн хронічним неепідемічним хворобам. Завдяки успіхам мікробіології, вірусології, імунології, епідеміології були ліквідовані та локалізовані спалахи особливо небезпечних з них - віспи, чуми, холери. Значно зменшилась розповсюдженість дитячих інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики. Розвиток санітарії та гігієни призвів до переривання основного механізму передачі кишкових інфекцій. Завдяки успіхам медицини в лікуванні новими високоефективними антибіотиками, сульфаніламидами тощо, в більшості розвинутих країн світу вони вже не відносяться до 10 перших причин смерті населення.

Але цілий ряд інфекцій, переважно вірусної етіології (грип, вірусні гепатити, СНІД) мають тенденцію до зростання.

При скороченні темпів розповсюдження більшості відомих інфекційних захворювань в другій половині ХХ ст. зареєстровані хвороби, що пов'язані з трансформацією відомих збудників, має місце хронізація процесів, формування латентних, безсимптомних, атипичних форм інфекційних уражень.

У країнах, що розвиваються, високий рівень інфекційної захворюваності постійно підтримується, головним чином, за рахунок хвороб з фекально-оральним механізмом розповсюдження, паразитарних і ендемічних.

Все це свідчить про важливе медико-соціальне значення інфекційних захворювань у минулому, і в сьогоденні, а також в XXI столітті.

Інфекційні хвороби - одна з головних причин економічних збитків у багатьох країнах світу, пов'язаних з лікуванням та реабілітацією, тимчасовою втратою працездатності хворих. Значні кошти витрачаються на здійснення програм первинної (імунізація, протиепідемічні, санітарно-гігієнічні, санітарно-технічні заходи тощо), вторинної та третинної профілактики.

Проблема актуальна й для нашої держави. Смертність населення України в 1997 році внаслідок інфекційних і паразитарних хвороб майже не змінилась і становила 21,89 на 100 тис. (табл. 7 та 8). Максимальні рівні смертності зареєстровані в Донецькій, Закарпатській та Херсонській областях, а мінімальний в Черкаській області. Чоловіки помирають від них в 5-6 разів частіше, ніж жінки. Вони відносяться до п'яти провідних причин смерті дитячого населення.

Таблиця 7

Смертність населення України від інфекційних і паразитарних хвороб у 1990-1997 рр. (на 100 тис. населення)

Населення	Рік		
	1990	1996	1997
Все населення	11,5	20,6	21,9
Населення працездатного віку	11,7	26,5	27,7

Таблиця 8

Смертність чоловічого та жіночого населення України від інфекційних і паразитарних хвороб у 1997 році (на 100 тис. населення)

Стать	Місто + село	Місто	Село
Обидві статі	21,0	21,0	21,0
Чоловіки	40,0	40,2	39,5
Жінки	6,7	6,9	7,0

Захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби є суттєвою загрозою для здоров'я. Щорічно від них страждає майже чверть населення України. Вони - одна з 10 головних причин загальної захворюваності за даними 1999 року. Частота зареєстрованих випадків у 1999 р. становила 2998,1 на 100 тис. населення. У жінок інфекційні хвороби реєструють частіше, ніж у чоловіків. Є й регіональні відмінності, пов'язані з рівнем урбанізації та промислового розвитку (первинна захворюваність вища в Донецькій та Дніпропетровській областях). Захворюваність, як і смертність, вища у сільських мешканців.

Серед населення працездатного віку в 1997 році було зареєстровано 3318,7 випадків на 100 тис. жінок і 1994,8 - чоловіків. Населення старшого працездатного віку має значно нижчі показники захворюваності (в 1,5-3,8 раза для жінок і чоловіків відповідно). Найбільшу загрозу інфекційні та паразитарні хвороби становлять для дітей, у яких рівень поширеності в 1999 році становив 7207,3 на 100 тис. відповідного населення.

Грип і гострі інфекції верхніх дихальних шляхів є першою причиною звертань за медичною допомогою як серед всього населення, так і серед осіб працездатного віку. Зростання захворюваності на грип пов'язане з високими темпами урбанізації. Його розповсюдження стимулюють також інтенсивність міграції, розвиток транспортних сполучень імунного статусу населення.

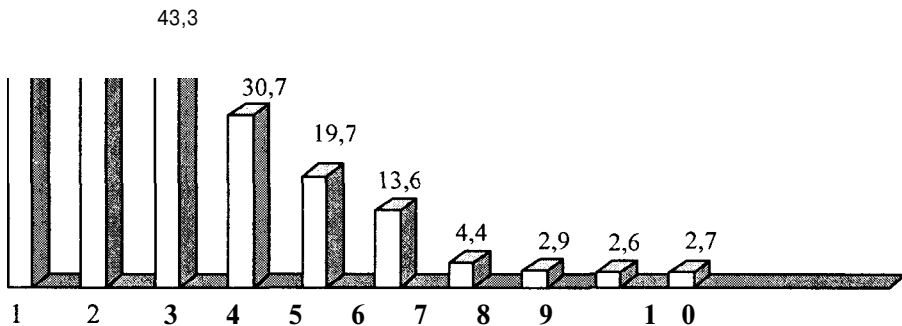
Серед всіх інфекційних хвороб, що реєструються в Україні (за МКХ-10), найбільший вплив на стан здоров'я мають вірусні гепатити, гострі кишкові та інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, певні вірусні та паразитарні хвороби.

Захворюваність на деякі з них представлена на малюнку 11.

132,1

122,9

1. Вірусний гепатит А.
2. Епідемічний паротит.
3. Краснуха.
4. Кишкові інфекції.
5. Вірусний гепатит В.
6. Кір.
7. Кашлюк.
8. Менінгококова інфекція.
9. Дифтерія.
10. Лептоспіроз.



Мал. 11. Рівні захворюваності на деякі інфекції в Україні в 1997 році (на 100 тисяч населення).

Протягом 1997 року було зареєстровано майже 68 тисяч випадків (132,1 на 100 тис.) захворювань на вірусний гепатит А (мал. 11). Хоча порівняно з 1996 роком захворюваність знизилась на 47,5 %, епідемічна ситуація в Україні продовжує залишатися складною. Особливо високі показники зареєстровані в Автономній Республіці Крим, Запорізькій, Луганській, Херсонській областях і в м. Севастополі. При загальному зниженні в 1997 році захворюваності на 16,0 %, її рівень у деяких областях зростає (Полтавська, Чернігівська). В

Донецькій, Миколаївській, Полтавській, Херсонській областях і м. Києві захворюваність значно перевищувала середній державний і коливались від 28,0 до 65,2 на 100 тис.

Протягом останніх років, в Україні не реєстрували висипного тифу. У 1996 році було зареєстровано лише 5 випадків *хвороби Брилля* у Волинській, Дніпропетровській, Одеській і Черкаській областях. Наявність таких хворих, з висипним тифом, в анамнезі при значній поширеності ураження населення педикульозом і недостатнім обсягом лабораторних досліджень через брак діагностичних препаратів, створюють реальну загрозу виникнення в Україні епідемії.

Протягом 1994-1996 років захворюваність на *кишкові інфекції* була в межах 66,6-112,6 на 100 тис. населення. Серед дітей до 2-х років вона вища, майже в 15 разів, що свідчить про актуальність проблеми саме для цього віку.

В 1997 році зареєстровано близько 1360 випадків *дифтерії* (2,66 на 100 тис. населення). Епідемічна ситуація продовжує залишатись несприятливою, оскільки це контрольована інфекція, а вакцинація охоплює недостатній прошарок населення. Регіонами з найбільш високим її розповсюдженням в 1997 році були: Автономна Республіка Крим, Кіровоградська, Одеська, Сумська області, м. Київ і м. Севастополь.

В 1997 році в Україні на 86 % збільшилась захворюваність на *кашлюк* (4,41 на 100 тис. населення) порівняно з 1996-м. Підвищення було зареєстровано практично в усіх регіонах.

Захворюваність на *менінгококову інфекцію*, знизившись за цей період на 15 %, все ж залишається на відносно високому рівні. Особливу занепокоєність викликає підвищення її генералізованих форм.

В 1997 році зареєстровано 42 випадки *правця*, (0,11 на 100 тис. населення).

Застосування в Україні з початку 80-х років специфічної імунопрофілактики *епідемічного паротиту* призвело до відчутного зниження захворюваності. Однак різке зменшення з 1994 року обсягів щеплень сприяло погіршенню епідемічної ситуації. Так, у 1997 році показник захворюваності зріс порівняно з 1996 (більше ніж в 1,2 раза).

В 1997 році знизилась на 19 % захворюваність на *кір* (13,64 на 100 тис. населення). Однак в частині областей (Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській, Чернігівській) показники значно перевищують середньодержавний рівень. Слід звернути увагу на одну з епідеміологічних особливостей сучасного кору. Серед хворих переважають особи у віці понад 14 років (більше 60 %), що свідчить про недоліки у вакцинації, а також можливі зміни імунного статусу населення.

Незважаючи на зниження в 1997 році захворюваності на *краснуху* на 17,2 % (43,26 на 100 тис. населення), епідемічна ситуація продовжує залишатись нестабільною в зв'язку з тим, що в Україні не здійснюються передбачені

календарем щеплення. Реєстрація вродженої краснухи пов'язана з відсутністю лабораторної діагностики.

В 1997 році не реєстрували захворювання на *поліомієліт*. Відповідно до стратегії ВООЗ щодо його ліквідації в світі до 2000 року особливе значення для України в сучасних умовах має проблема епідеміологічного нагляду за гострими в'ялими паралічами.

Було зареєстровано 153 випадки *малярії* (0,30 на 100 тис. населення) - вона завезена з-за кордону. Слід зазначити, що в державі, починаючи з 1991 року визначилась тенденція до зростання захворюваності, значною мірою пов'язана з складною ситуацією в світі і може ускладнитися появою нових випадків в певних місцях при нестачі протималярійних препаратів тощо.

Періодично в Україні реєструють випадки холери. В 1997 році захворювань не було, незважаючи на складну ситуацію в світі. Однак, у зв'язку з наявністю невирішених проблем щодо якісного водопостачання і каналізації населених пунктів медична служба повинна бути насторожі.

Продовжують існувати природні осередки деяких інфекційних хвороб з тяжким перебігом. Так, у 1997 році було зареєстровано 34 випадки *кліщового весняно-літнього енцефаліту*, 7 — *геморагічної лихоманки*, 1 - *сказу*. Особливої уваги потребує підвищення захворюваності на *лептоспіроз*. У 1997 році було зареєстровано 1389 випадків (2,71 на 100 тис. населення) проти 994-х (1,94 на 100 тис. населення в 1996 році). При цьому в Закарпатській, Кіровоградській, Миколаївській та Тернопільській областях показники перевищували середньодержавний у 3-5 разів і коливалися в межах 6,0-12,0 на 100 тис.

При інтенсивних зв'язках з країнами Азії, Африки, Південної Америки, де існують природні осередки чуми, жовтої та геморагічних гарячок Лассо, Ебола, Марбург, малярії тощо, залишається реальною загроза їх завезення в нашу країну. Тому в сучасних умовах вимагає особливої уваги санітарна охорона кордонів від завезення та поширення карантинних, особливо небезпечних інфекцій.

Формування нового типу патології населення - неепідемічного, пов'язане насамперед із змінами в структурі смертності. При загальному її зниженні помітно зменшилась частка померлих від інфекційних хвороб. Але не слід недооцінювати загрозу інфекцій, в зв'язку з появою нових захворювань - зокрема СНІДу. Отже і в XXI столітті інфекційні хвороби будуть залишатися проблемою для людства.

Туберкульоз

Ще 100 років тому це захворювання пов'язували з соціальними чинниками - умовами життя людей, його вважали "сестрою бідності", "пролетарською хворобою". З середини ХХ ст. почалося стрімке зниження захворюваності та смертності на туберкульоз, пов'язане з появою ефективних протитуберкульозних ліків, розробкою та впровадженням протитуберкульозної вакцинації (БЦЖ). Але успіх виявився тимчасовим.

На початку 90-х років стався переломний момент у епідеміологічній ситуації замість щорічного зниження захворюваності розпочалося її зростання. *Нині туберкульоз є найпоширенішою в світі інфекційною хворобою, яка посідає перше місце за смертністю людей від інфекційної патології.*

Прогнозується щорічне зростання захворюваності з 143,0 в 1990 до 163,0 в 2000 році на 100 тисяч населення. Протягом наступного десятиріччя в світі передбачається 90 млн. нових випадків туберкульозу. Погіршення епідемічної ситуації в світі свідчить про новий етап розвитку епідемії. Наприкінці 90-х років у світі не менше 10 млн. людей щорічно хворіли на туберкульоз, а 3 млн. помирало від нього. Така ситуація визначена Всесвітньою організацією охорони здоров'я як епідемічна. За прогнозами в найближчі 10 років кількість померлих досягне 30 млн.

Частота вперше виявлених випадків туберкульозу в світі за останні роки складала 100 на 100 тис. населення (1990-1995 роки), прогнозується подальше погіршення ситуації в зв'язку з втратою контролю за цією хворобою.

В різних регіонах ситуація із захворюваністю та смертністю має суттєві розбіжності (табл. 9).

Таблиця 9

Смертність і первинна захворюваність на туберкульоз у різних регіонах світу (на 100 тис. населення)

Регіон світу	Смертність (роки)		Первинна захворюваність (роки)				
	1990	1992	1990	1992	1993	1994	1995
Південно-Західна Азія	63,0	84,0	237,0	240,0	—	—	2600
Південно-Східна Азія	—	—	120,0	160,0	98,0	98,0	1600
Східна Європа	3,9	7,0	—	47,0	—	—	—
Європа	—	—	31,6	31,8	32,0	33,9	34,0
Америка	44,0	26,0	33,0	33,0	30,0	33,0	33,0
США	0,5	0,5	—	—	9,8	9,4	8,7
Тихоокеанське узбережжя	1,4	2,0	23,0	32,0	46,0	45,0	48,2
Африканський регіон	—	—	80,0	80,0	70,0	96,8	83,2
У світі	45,0	49,0	143,0	146,0	—	60,1	59,3

Високі рівні захворюваності рееструються в Південно-Західній Азії та Африці, зростання відбувається також в країнах інших регіонів.

Ця тенденція притаманна і для країн СНД. Так, в Росії захворюваність на туберкульоз зросла з 34,2 в 1990 році до 75,0 на 100 тис. населення в 1996, в Беларусі з 29,8 до 54,1.

В Європі найбільша захворюваність була в Румунії (64,0 на 100 тис. населення в 1990 році та 100,0 - в 1994 році). Дещо менші показники в Болгарії та Угорщині. Рівень смертності в Польщі, Німеччині, Франції, Італії, Швеції не змінився. Зростання його зареєстровано в Болгарії, Угорщині, Румунії. Таким чином, підвищення захворюваності та смертності від туберкульозу має місце не тільки в Східній, а й у Західній Європі та Росії.

Несприятливе становище стосовно туберкульозу експерти пов'язують з такими *основними чинниками*:

- пристосування збудника туберкульозу до старих антитуберкульозних препаратів (шляхом набуття резистентності та розповсюдження резистентних форм);
- зниженням захисних сил людського організму внаслідок поширення імунодефіцитних станів, викликаних пандемією СНІДу, дією забрудненого навколишнього середовища, нездоровим способом життя тощо;
- низькою ефективністю медикаментозної терапії та методів лікування, пов'язаними зі специфікою контингентів хворих.

Особливу занепокоєність викликає значне поширення числа збудників туберкульозу, нечутливих до багатьох лікувальних протитуберкульозних препаратів.

Проблема туберкульозу як "глобальна загроза для людства" (ВООЗ 1993 рік) особливо актуальна сьогодні в Україні (табл. 10). З 1990 р. до 1997 р. зросла захворюваність на всі форми, відповідно зростає й смертність (з 8,1 в 1990 році до 17,0 у 1997 на 100 тис.) (табл. 10). В 1999 році смертність в Україні становила 19,9 на 100 тис населення.

Таблиця 10

Захворюваність, поширеність активного туберкульозу та смертність від усіх його форм в Україні в період 1990-1997 років (на 100 тис. населення)

Рік	Захворюваність	Поширеність	Смертність
1990	31,8	189,6	8,1
1992	34,8	183,9	9,5
1994	39,7	190,9	11,0
1995	41,7	193,1	14,3
1996	45,8	200,5	16,1
1997	49,1	208,0	17,0

Темпи зростання мають особливості. Більш високі показники реєструють серед міського населення. Регіональні відмінності, можливо, пов'язані з якістю організації та надання спеціалізованої медичної допомоги. Найвищими в 1999 році показники захворюваності на всі форми туберкульозу були в Житомирській, Луганській та Донецькій областях, більш низькими - в Києві, Тернопільській та Закарпатській областях.

Найбільш висока захворюваність на всі форми притаманна віковій групі 50-59 років, переважно чоловікам.

Центр медичної статистики МОЗ України запрогнозував захворюваність та смертність від туберкульозу до 2000 року.

Згідно з прогнозом захворюваність на туберкульоз може зрости на 11,8 % (з 45,8 до 54,3); смертність - на 37,7 % (з 14,6 до 20,1).

До "*групи ризику*" в Україні відносяться в'язні, мігранти, бомжі, злидарі, наркомани, алкоголіки, ВІЛ-інфіковані, курці, люди з хронічними хворобами -

діабетом, виразкою шлунка, шизофренією. Досить поширеними є резистентний туберкульоз, недоліковані форми.

В останні роки зареєстровано зростання в структурі інвалідності відсотка туберкульозу - за 1992-1997 р. на 10 %. Воно особливо істотне за рахунок вікової групи до 39-ти років включно (на 43,4 %).

Епідемію туберкульозу в Україні фахівці характеризують так:

- 30-50 % усіх хворих мають захворювання, що піддається лікуванню звичайними препаратами;
- від 30 до 40 % мають хіміорезистентний туберкульоз. Збільшується їх кількість, зростає смертність серед них, знижується ефективність лікування;
- туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих - до 30 % ВІЛ-інфікованих уражені мікобактеріями.

Комбінація туберкульозу та ВІЛ є смертоносною тому, що кожний із збудників посилює дію іншого.

Організація лікувально-профілактичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні

Надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз має давню історію. Розвиток сучасних медичних закладів був започаткований у 1887 році відкриттям *першого протитуберкульозного диспансеру* у Шотландії. Згодом вони з'явилися в Германії, Франції, а з 1904 року в Росії та Україні. З 1918 року диспансерний метод став головним у боротьбі з захворюванням, почалося розгортання широкої мережі диспансерів, відділень спеціалізованих лікарень і санаторіїв. Однак, як підтверджує історичний досвід багатьох країн, умовою ефективної боротьби з туберкульозом була і є участь в ній всіх закладів охорони здоров'я, а також державна та громадська підтримка.

В Україні лікувально-профілактична допомога хворим здійснюється на засадах:

- безкоштовності;
- доступності;
- дільничності;
- спеціалізації.

До спеціалізованих закладів медичної допомоги належать *протитуберкульозні диспансери та спеціалізовані лікарні*. Передбачено також *спеціалізоване санаторно-курортне лікування*.

Переважну частину хворих виявляють у поліклініках, лікарнях, при рентгеноскопії та флюорографії осіб, що мали побутові чи професійні контакти з хворими, при профілактичних медичних оглядах з флюорографічним обстеженням.

Хворі отримують направлення на госпіталізацію при бацилярній формі, а також при незадовільних побутових умовах. Обов'язковою є госпіталізація хворих дітей до повного одужання.

Зниження рівня госпіталізації та скорочення її тривалості сприяє підвищенню смертності від туберкульозу. Цій тенденції сприяє також поширення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Найбільш перспективним напрямком зниження рівня розповсюдження туберкульозу є його *профілактика*.

Вакцинація новонароджених, дітей 6-7 та 14-15 років, осіб у віці до 30 років, є найбільш ефективним способом первинної профілактики. За результатами досліджень у 12 країнах її ефективність коливається досить суттєво залежно від виду вакцин.

Ізоляція хворих (надання окремого житла), раціональне працевлаштування - перевірені засоби попередження розповсюдження туберкульозної інфекції.

Фактори, що сприяють підвищенню захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні:

- погіршення матеріального стану широких верств населення;
- збільшення чисельності групи підвищеного ризику;
- недостатній обсяг протитуберкульозних заходів через нестачу етіопатогенетичних препаратів, медичної апаратури, обладнання тощо;
- недостатня увага лікарів загальної мережі до раннього виявлення та профілактики туберкульозу;
- несприятлива екологічна обстановка в Україні - високий рівень захворюваності населення, яке потерпіло внаслідок аварії на ЧАЕС;
- погіршення матеріально-технічної бази фтизіатричної служби.

Звичайно, при *епідемії* туберкульозу *не може йти мова про його ліквідацію як хвороби*, як це вважалося у 80-х роках. На сучасному етапі зараз, зокрема в Україні, можна говорити лише про взяття епідемії туберкульозу під контроль (перший етап), стабілізацію епідеміологічних показників - інфікованість, захворюваність, хворобливість і смертність - (другий етап), і їх поступове зниження (третій етап).

Для цього необхідна переоцінка стратегії боротьби з туберкульозом. В Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України розроблено проект *Національної програми протитуберкульозних заходів* (1998 рік).

Важливе значення для досягнення її мети має профілактика туберкульозу, яка може бути реалізована шляхом проведення соціальної, санітарної, специфічної профілактики та хіміопротілактики.

Відомо, що *вакцинація та ревакцинація* дозволяють створити тривалий стабільний післявакцинальний специфічний протитуберкульозний імунітет і, відповідно, знизити частоту важких, дисемінованих і прогресуючих форм туберкульозу, а також захворюваність і смертність.

Програма передбачає рангове проведення чергової ревакцинації БЦЖ:

- особам, що мали сімейний контакт;
- особам, що працюють у протитуберкульозних закладах і в небезпечних щодо туберкульозу тваринницьких господарствах;

- дітям і підліткам;
- рентгенопозитивним особам;
- особам з обтяжливими факторами;
- декретованим контингентам;
- учням професійно-технічних училищ, студентам, призовникам;
- працівникам з шкідливими умовами праці;
- мігрантам, біженцям;
- особам, що знаходяться в слідчих ізоляторах, місцях позбавлення волі.

Ефективність щеплення та ревакцинації вакциною БЦЖ збільшується при дотриманні таких вимог:

- охоплення щепленням вакциною БЦЖ у пологових будинках не менше 95 % усіх новонароджених;
- охоплення щепленням вакциною БЦЖ протягом перших 6 міс. життя не менше 50 % тих, яким воно не було зроблене у зв'язку з протипоказаннями;
- охоплення ревакцинацією у віці 7 і 14 років не менше 95% туберкулін негативних осіб;
- наявність поствакцинальних рубчиків не менш як у 95 % щеплених;
- облік поствакцинальних знаків через 1-2-12 міс. у 99 % щеплених;
- зменшення будь-яких ускладнень після щеплення та ревакцинації до 0,01 % і менше;
- питома вага інфікованих у віці до 14 років не більше 14 %;
- проведення ревакцинації не менше 90 % ревакцинованих.

Для попередження туберкульозу серед осіб з високим ризиком рекомендується *хіміопрфілактика* одним-двома антимикобактеріальними препаратами.

Первинна хіміопрфілактика передбачає використання антимикобактеріальних препаратів особами, не інфікованими мікобактеріями туберкульозу, з негативною реакцією на туберкулін - особливо в осередках туберкульозної інфекції за несприятливої ситуації.

Вторинна прфілактика проводиться інфікованим особам, туберкулін-позитивним, при відсутності клініко-рентгенологічних проявів туберкульозу.

Хіміопрфілактика показана:

- дітям, підліткам і дорослим, що постійно контактують з епідеміологічно загрозливими хворими;
- клінічно здоровим дітям, підліткам, особам до 30-річного віку, вперше інфікованим мікобактеріями туберкульозу;
- особам із стійкими гіпералергічними реакціями на туберкулін;
- щепленим в пологовому будинку, народженим від хворих з своєчасно невиявленим туберкульозом матерів, і годуваним їх молоком, або таким, що мали віраж туберкулінових реакцій;
- особам, з наслідками раніше перенесеного туберкульозу та додатковими несприятливими факторами (гострі недуги, операції, травми, вагітність тощо), що здатні спричинити загострення хвороби;

- особам, які раніше лікувалися від туберкульозу, з великими залишковими змінами в легенях, які знаходяться в небезпечному епідеміологічному оточенні;

- особам із залишковими змінами перенесеного туберкульозу за наявності в них захворювань, які самі чи внаслідок лікування різними препаратами можуть спричинитися до загострення (цукровий діабет, системні хвороби сполучної тканини, силікоз, саркоїдоз, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, операції на органах черевної порожнини тощо);

- особам з неповноцінно проведеним основним курсом лікування через 12 міс. після його завершення.

Санітарна профілактика включає поточну та заключну дезінфекцію у вогнищах туберкульозної інфекції, систематичну санітарно-освітню роботу і такі заходи:

- госпіталізацію всіх хворих-бактеріовиділювачів, лікування їх до припинення бактеріовиділення;

- госпіталізацію не менше 95 % хворих із загостренням і прогресуванням хронічних форм туберкульозу;

- цілковиту ізоляцію дітей від хворих-бактеріовиділювачів - направлення їх до дитячих закладів для проведення профілактичного лікування;

- поліпшення житлових умов хворих;

- навчання з питань дотримання санітарно-гігієнічних норм хворими на туберкульоз і контактними особами;

- вакцинацію всіх новонароджених і неінфікованих контактних;

- регулярне обстеження контактних з проведенням хіміопротекції;

- поточну заключну дезінфекцію у вогнищах туберкульозної інфекції;

- суворе дотримання правил дозволу хворим на активний туберкульоз на деякі види робіт згідно з чинним законодавством;

- активну пропаганду знань з профілактики туберкульозу серед населення.

Соціальна профілактика туберкульозу спрямована на зниження захворюваності, поширеності й смертності за рахунок вирішення соціальних проблем у суспільстві.

Таким чином, національна програма протитуберкульозних заходів віддзеркалює сучасну науково обгрунтовану стратегію боротьби з цією патологією і базується на комплексному проведенні заходів щодо організаційного та матеріально-технічного забезпечення, зміцнення кадрового потенціалу, профілактики, ранньої та своєчасної діагностики, лікування та диспансеризації хворих, забезпечення науково-дослідницької діяльності та санітарно-просвітньої роботи.

При посиленні протитуберкульозних заходів відповідно до "Основ законодавства України про охорону здоров'я" (1992), Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" (1994), виконання Наказу МОЗ України "Про удосконалення протитуберкульозної служби"

(14.02.96 Наказ № 26) та реалізації Національної програми (1998) можлива стабілізація ситуації в Україні.

Враховуючи характер епідемічного процесу, *профілактику туберкульозу слід здійснювати за такими основними напрямками:*

• профілактичні заходи серед усього населення (щеплення та ревакцинація, соціально-економічні, санітарно-освітні та загальносанітарні);

• профілактичні заходи серед груп ризику щодо туберкульозу (диспансеризація хворих і контактних, хіміопротекція, оздоровлення);

• профілактичні заходи в осередках туберкульозної інфекції (оздоровлення вогнища, дезінфекція, ізоляція бактеріовиділювача, хіміопротекція).

Всі зазначені профілактичні заходи взаємопов'язані та повинні здійснюватися з урахуванням величини резервуара туберкульозної інфекції.

Відповідно до прийнятої ВООЗ Глобальної програми боротьби проти туберкульозу з кінця 90-х років починається перегляд і корекція всіх національних програм. На основі наукових досліджень *ВООЗ рекомендує:*

• в країнах з високою захворюваністю на туберкульоз щеплення вакциною БЦЖ робити немовлятам якомога швидше після народження чи протягом першого року життя;

• зупинити використання Т-г шкіряних проб при прийнятті рішення про ревакцинацію.

Покращання ситуації в Україні може бути забезпечене:

• реалізацією Національної програми боротьби з туберкульозом;

• вдосконаленням методів ранньої діагностики та лікування, з урахуванням тенденцій епідемічної ситуації;

• оптимізацією організації лікувально-профілактичної допомоги хворим.

Генеральною метою лікування та диспансеризації хворих на туберкульоз є наближення клінічної ефективності до 100 % і попередження рецидивів туберкульозу.

Для підвищення клінічної ефективності лікування оптимальним є:

• використання 3-етапної системи лікування (стаціонарне - санаторне - амбулаторне);

• приведення у відповідність до потреб ліжкового фонду протитуберкульозних стаціонарів, санаторіїв і кількості штатних посад медичних працівників;

• запровадження в клінічну практику, запропонованих ВООЗ, короткотривалих стандартизованих режимів хіміотерапії, з можливістю їх індивідуальної корекції в кожному конкретному випадку;

• своєчасне застосування та завершення хірургічних методів лікування до року від початку хіміотерапії хворими із неефективним основним курсом хіміотерапії при вперше виявленому туберкульозі та його реактивації;

• розширення переліку показань до хірургічного лікування при хронічному деструктивному туберкульозі легенів;

- забезпечення проведення повноцінного комплексного контрольованого основного курсу хіміотерапії хворим з вперше виявленим туберкульозом і його рецидивами;

- дотримання стандартів якості лікування та диспансеризації хворих.

Про ефективність диспансеризації та лікування свідчать:

- припинення бактеріовиділення у осіб з вперше діагностованим туберкульозом і його рецидивом;

- загоєння каверн не менше ніж у 96 % хворих із вперше виявленим туберкульозом і його рецидивом, у т.ч. при застосуванні хірургічних методів лікування;

- завершення стандартизованих режимів хіміотерапії у вперше виявлених хворих і хворих з рецидивами;

- летальність серед хворих з вперше виявленим туберкульозом та його рецидивом не більше 1 %;

- безуспішність лікування не більше як 4 % хворих;

- перерви в проведенні хіміотерапії до 2 міс. - не більше ніж у 1 % вперше виявлених і хворих з рецидивами;

- виписки (переведення) до інших нетуберкульозних закладів не більше 0,5 % вперше виявлених і хворих з рецидивами;

- припинення бактеріовиділення протягом перших 2 місяців лікування в 75 % бактеріовиділювачів;

- відсутність випадків захворювання або його реактивації серед осіб III, IV, VI, VII груп диспансерного обліку (Згідно з наказом МОЗ України № 233 до III, IV та VI груп диспансерного нагляду належать дорослі та діти з клінічно вилікованим туберкульозом органів дихання та ті, що знаходяться в контакті з хворим; до VII групи - особи із залишковими змінами після вилікування, з підвищеним ризиком його реактивації).

Основні нормативно-правові акти, які регламентують заходи боротьби з туберкульозом в Україні:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02. 1996 № 26 "Про удосконалення протитуберкульозної служби" - К., 1993.- 120 с.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.07. 1996р. № 233 "Про затвердження інструкції щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз" - К., 1996.- ПО с.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.06. 1990 р. № 118 "Про заходи щодо зниження дозових навантажень на населення при проведенні профілактичних і діагностичних рентгенологічних обстежень"

Контрольні питання

1. Сучасний стан проблеми туберкульозу в світі та Україні, тенденції і прогноз.
2. Динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні з 1990 року.
3. В яких вікових групах реєструється найбільш висока захворюваність на туберкульоз?
4. Серед яких груп населення спостерігається найбільш висока смертність від туберкульозу?

5. Які фактори сприяють підвищенню захворюваності та смертності на туберкульоз?
6. Що спричинило до зниження активного раннього виявлення туберкульозу в Україні?
7. На яких засадах здійснюється лікувально-профілактична допомога хворим на туберкульоз?
8. Провідні заклади медичної допомоги хворим на туберкульоз.
9. Основні нормативно-правові акти, що регламентують заходи протитуберкульозної боротьби в Україні.
10. Профілактика туберкульозу: соціальна, санітарна, специфічна та хіміопрофілактика.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД)

До найважливіших проблем захворюваності належить синдром набутого імунodefіциту (СНІД), якому присвячений цей підрозділ.

У розділі викладені основні питання стосовно історії виникнення феномена ВІЛ/СНІДу, його медико-соціальних причин, факторів, що сприяють розповсюдженню у різних регіонах, шляхів передачі вірусу, епідеміології, епідситуації в світі, Європі та Україні, принципах і масштабах тестування, груп ризику, прогнозу і збитків, глобальних зусиль боротьби ООН і ВООЗ. Представлені юридичні та правові засади профілактики та боротьби, принципи організації медичної допомоги та профілактики.

Коли ж виник СНІД? Остаточо не відомо.

В 90-х роках при проведенні ретроспективного імуноморфологічного аналізу причин смерті у 1954 році групи людей це явище було пов'язано з вірусом імунodefіциту. Від 1976 до 1982 років ВООЗ відслідкувала епідемічний спалах хвороб, спричинений імунodefіцитом у жителів Центральної Африки та Заходу США. В 1983 році майже одночасно Люк Монтаньє (Франція) та Роберт Галло (США) виділили збудник СНІДу - вірус імунodefіциту людини (ВІЛ).

Таким чином, відомо, що феномен СНІДу виник наприкінці ХХ століття та, за 4 роки пандемічно розповсюдившись, вщент розбив уявлення про те, що homo sapiens перемаже в битві з невидимим світом бактерій та вірусів.

Історія розвитку пандемії свідчить, що він став важливою соціальною, медичною, юридичною, політичною та економічною проблемою в усіх країнах світу. Соціальний феномен СНІДу на рівні охорони здоров'я висвітлив такі етичні проблеми, як право на недоторканість, підтвердження згоди на обстеження, обов'язки лікарів у збереженні таємниці.

На соціальному рівні - це забезпечення прав на освіту, роботу, житло. На юридичному — СНІД поставив під загрозу такі принципи як відповідальність за передачу інфекції, права мігрантів, іноземців.

Основні права, що стосуються ВІЛ-інфекції, можуть бути зведені до поваги до людини, милосердя, правосуддя та захисту людей від нанесення їм шкоди іншими. Враховуючи історію епідемії СНІДу особливо слід підкреслити право на збереження таємниці, тобто на конфіденційність при обстеженні, консультуванні, наданні медичних та інших послуг. По-друге - це також право на рівність

перед законом, який повинен забезпечити широку антидискримінаційну політику щодо ВІЛ-інфекції.

Ця хвороба, за своїм впливом на життя суспільства, переважила всі епідемії минулого, змінила наші уявлення про роль і можливості медицини, вплинула на право, економіку, політику, мораль, релігію. На початку світової пандемії СНІДу його ототожнювали тільки з медициною, але зараз його визначають як політико-соціальне та медико-біологічне явище. Феномен відносять, у першу чергу, до соціально-медичних явищ.

Соціальними причинами виникнення пандемії СНІДу експерти ВООЗ вважають підвищення темпів міграції населення, особливо в Африці; широке розповсюдження в розвинутих країнах шкідливих звичок, насамперед наркоманії та проституції, а також, як це не парадоксально - розвиток медичних технологій - широке застосування внутрішньовенних маніпуляцій, нові методи збирання, зберігання, переливання, переробки людської крові та її препаратів; розширення обсягу та доступність для широкого населення оперативних медичних втручань.

Сьогодні практично в кожній з країн світу виявлено нові випадки СНІДу. Тільки за 1999 рік 5,6 млн. людей були уражені ВІЛ, загальна кількість людей з ВІЛ/СНІД досягла цифри 33,5 млн. у всьому світі.

На розповсюдження ВІЛ впливають багато факторів:

- час початку епідемії;
- головні шляхи передачі ВІЛ;
- співвідношення інфікованих чоловіків і жінок;
- рівень діагностичних досліджень;
- рівень хвороб, які передаються статевим шляхом (що прискорює передачу ВІЛ);
- використання презервативів;
- моделі сексуальної поведінки тощо.

Поширеність ВІЛ серед населення різних регіонів широко варіює (табл. 11), відрізняючись у тисячі разів, що підкреслює соціальний характер феномена СНІДу.

Епідеміологи виділяють *три основні моделі* розповсюдження СНІДу в різних країнах світу:

/ модель - регіони, де СНІД з'явився з кінця 70-х - на початку 80-х років - Південна Америка, Західна Європа, Австралія, Нова Зеландія. Розповсюдження почалося серед всього населення статевим гомосексуальним шляхом, у вигляді "повільної хвилі", а серед гетеросексуальних наркоманів у вигляді поодиноких випадків з подальшим наростанням "швидкою хвилею".

// модель - країни Африки (на південь від Сахари), Карибського басейну, Латинської Америки - тут вірус розпочав свій шлях гетеросексуально з активізацією вертикального шляху передачі (від матері до дитини). Рівень інфікування населення - високий, в процес втягнуто багато дітей і жінок.

Таблиця 11

Феномен ВІЛ/СНІДу в різних регіонах світу

Регіон	Початок епідемії в кінці років	Кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІД	Поширеність ВІЛ (%)	Питома вага жінок (%)	Головні шляхи передачі ВІЛ
Африка на південь від Сахари	70-х	14 млн	5,6	>50	гетеросексуальний
Південна та Східна Азія	80-х	5,2млн	0,6	>30	гетеросексуальний
Латинська Америка	70-х	1,3млн	0,6	20	гомо-, гетеросексуальний, шприцева наркоманія
Південна Америка, Західна Європа, Австралія, Нова Зеландія	70-х	1,3млн	0,3	20	гомо- та гетеросексуальний, шприцева наркоманія
Карибський басейн	70-х	270тис	1,7	>40	гетеросексуальний
Центральна та Східна Європа, Азія	90-х	50тис	0,015	20	гомосексуальний, шприцева наркоманія
Східна Азія, Океанія	80-х	100тис	0,001	20	шприцева наркоманія, гомо- та гетеро-сексуальний
Північна Африка, Середній Схід	80-х	200тис	0,1	20	Гетеросексуальний, шприцева наркоманія

/// модель — країни Центральної та Східної Європи (до яких належить і Україна), Азії та Океанії, в яких вірус поширився пізніше, наприкінці 80-х - на початку 90-х років. Вважають, що вірус був сюди "завезений" з країн I чи II моделі.

В теперішній ситуації більше 95 % ВІЛ-інфікованих живуть у країнах, що розвиваються. На них припадає 95 % усіх смертей, викликаних СНІДом, переважно серед молоді. Найбільше смертей за всі роки існування феномена СНІДу зареєстровано в 1999 році - близько 2,6 млн.

Розподіл за регіонами вкрай не рівномірний.

Африка — світовий центр епідемії, очолює всі інші регіони за кількістю випадків. З початку епідемії тут зареєстровано 83 % всіх смертей. За даними 1998 року 9 з 10 ВІЛ-інфікованих дітей живуть у Африці. Жодна країна цього континенту не вільна від СНІДу. Сьогодні ВІЛ-інфікованих людей в Африці більше, ніж раніше: 21,5 млн. дорослих та 1 млн. - дітей. У Ботсвані, Намібії, Свазіленді та Зімбабве від 20 до 26 % населення у віці 15-49 років живуть із ВІЛ/СНІД. Особливо уражена Зімбабве, де 20-50 % вагітних - ВІЛ-інфіковані.

Попри менші цифри ураженості розповсюдження ВІЛ на *Азіатському континенті*, особливо в Південній та Східній Азії, викликає тривогу.

ВІЛ почав інтенсивно розповсюджуватись серед населення *Індії та Китаю* - до 2 % дорослого сільського населення Індії ВІЛ-інфіковано (1998 рік); 13.6 % вагітних мали ВІЛ-позитивний результат обстеження.

В *Східній Європі, Латинській Америці та Карибському* басейні випадки інфікування сконцентровані в маргінальних групах (повії, наркомани тощо).

В *Північній Америці ситуація протилежна*. У 1997 році в США смертність від СНІДу була найнижчою за останні 10 років, що пов'язують з успіхами нових комбінацій анти-ВІЛ препаратів. Нова проблема - зростання кількості людей, що живуть з ВІЛ. Накопичення цих контингентів підвищує вимоги до їх медичного обслуговування.

На 1999 рік *ситуація в Європі стабілізувалась*. Починаючи з 1992-1995 років інтенсивність ураження населення Центральної та Західної Європи (Франція, Італія, Іспанія, Нідерланди, Німеччина тощо) почала падати, темп приросту нових випадків знизився в більшості країн (за винятком Польщі, Румунії, України).

Захворюваність на СНІД знижується в усіх країнах Західної Європи (1997 рік - у Франції на 43 %, Іспанії - на 27 %, Великобританії - на 22 %, Португалії - на 2 % тощо). Зниження захворюваності та смертності в цьому регіоні пов'язане, в першу чергу, з високою ефективністю антиретровірусної терапії, яку стали впроваджувати в 1996 році. Але в 2000 році є дані про те, що ці успіхи тимчасові.

В Центральній та Східній Європі захворюваність залишається відносно низькою, за винятком Румунії, де на теперішній час вона висока за рахунок дітей, народжених на початку 90-х років та інфікованих в нозокоміальних вогнищах і під час переливання інфікованої крові.

Не дивлячись на стрімкий розвиток епідемії в деяких країнах, колишніх республіках СРСР, захворюваність на СНІД тут є низькою (за виключенням України - з 1994 р. по 1997 р. кількість хворих зросла в 10 разів). В 1998-1999 р. число випадків ВІЛ-інфекції в країнах колишнього Радянського Союзу збільшилося удвічі.

Різний рівень зараження населення залежить від шляху передачі вірусу. Сьогодні вважають, що ВІЛ розповсюджується:

- *через статеві стосунки* - гетеросексуально, гомосексуально, бісексуально;
- *через кров* - при гемотрансфузіях, використанні препаратів із зараженої крові, інфікованого медичного обладнання (голки, шприци, катетери, бори та ін.). Ще з кінця 80-х років ВООЗ рекомендувала взагалі заборонити пряме переливання цільної крові;
- *вертикально* - антенатально через плаценту, інтранатально - при народженні дитини, при вигодовуванні ураженим ВІЛ материнським молоком;
- *при трансплантації* - серця, легень, нирок, печінки, кісткового мозку, рогівки очей тощо.

Розповсюдження ВІЛ серед донорів крові в Європі. Систематичний скринінг донорської крові на антитіла було започатковано в Європейських країнах після впровадження тестування. В 1997 році 44 країни Європейського регіону ВООЗ представили його дані. Розповсюдженість ВІЛ серед донорів в цілому по регіону становить 4,1 на 100 тис. обстежень і коливається від 0 в 13 країнах (наприклад, Беларусь, Греція, Словакія) до 53 на 100 тис. в Україні.

Інтенсивність усіх шляхів значно різниться, можливе максимальне ураження, майже 100 %, при переливанні донорської крові. В Україні переважає другий шлях (табл. 12).

Як свідчать дані 1988-1994 років в Україні переважна кількість хворих (52,6 %) була інфікована кров'яним шляхом, 30,3 % - статевим. Третє місце займають діти, інфіковані від матерів (5,3 %).

Таблиця 12

Розподіл хворих на СНІД в Україні за ймовірним шляхом інфікування (відповідно до версії Європейського центру моніторингу за ВІЛ/СНІД) у 1988-1996 роках

Контингенти	1988-1994 роки	1995 рік	1996 рік	Разом	
				абс.	%
Гомо- та бісексуали	5	4	4	13	5,7
Ін'єкційні наркомани	1	13	106	120	52,6
Комбінація перших двох категорій	—	—	1	1	0,4
Хворі на гемофілію чи особи з порушенням згортання крові	—	—	—	—	—
Реципієнти крові чи її компонентів	2	1	-	3	1,3
Гетеросексуали	23	16	30	69	30,3
Діти, інфіковані від матері	4	2	6	12	5,3
Особи, інфіковані під час медичних маніпуляцій	3	—	—	3	1,3
Інші	5	2	—	7	3,1
Разом	43	38	147	228	100

У Беларусі та Росії початком епідемії ВІЛ вважають 1996 р. і, вірогідно, зріст захворюваності на СНІД очікується в найближчий час.

За оцінками експертів ВООЗ у всіх регіонах має місце неповна реєстрація випадків СНІДу, пов'язана з:

- недостатньою діагностикою, нерозпізнаванням клінічних проявів;
- необізнаністю лікарів;
- дефектами обліку даних.

У Європі реєструють кожний 4-й випадок, у США - кожний 3-й, а в Африці реєструється тільки 10-12 % випадків СНІДу.

Взагалі в світі поширена практика реєстрації тільки випадків СНІДу, а ВІЛ-інфікованих разом з хворими реєструють головним чином у країнах колишнього СРСР.

Для встановлення *діагнозу* СНІДу за міжнародними підходами необхідне проведення *тестування* крові хворого.

За рекомендаціями ВООЗ тестування базується на принципах: добровільності, доступності, анонімності та безкоштовності.

Тестування розподіляють на первинне (методом імуноферментного аналізу), скринінгове та остаточне (методом імуноблотингу). Для його проведення у країні повинна існувати розвинена інфраструктура закладів охорони здоров'я з сучасними діагностичними лабораторіями, фахівцями-імунологами, підготовленим середнім медичним персоналом. Для країн, що не відповідають цим вимогам, розроблені тимчасові описи клінічних ознак, за якими можна орієнтовно встановити діагноз СНІДу.

В Україні розгорнута мережа діагностичних лабораторій (близько 200), виробництво сучасних тест-систем, підготовлені фахівці, тому тестування проводиться у 2 етапи.

Результати обстеження свідчать про великі масштаби тестування - тільки за рік (1996) ним охоплено майже 6 % населення України. За його результатами рівень інфікованості є максимальним у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, і у осіб, які мали статеві стосунки з ВІЛ-інфікованими та наркоманами.

Дані тестування підтверджують висновок: СНІД - це соціально детермінована хвороба, що демонструється розбіжностями в рівні ураження різних соціальних верств населення, окремих віково-статевих, професійних, різних за місцем проживання груп населення.

З 1995 року аналіз епідситуації Українським Центром профілактики та боротьби зі СНІДом базується на даних *чотирьох статистичних форм* - квартальної ("СНІД-1"), річної ("СНІД-2") та двох щомісячних. Дві перші належать до державної статистичної звітності, затверджені Міністерством статистики України в жовтні 1995 р. (Наказ № 257 от 10.10.95) і стосуються диспансерного обліку осіб з ВІЛ/СНІДом. Дві останні були розроблені Національним Комітетом боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України в січні 1996 року (№ 55/05 от 30.01.96) та введені в дію як "тимчасові схеми оперативної інформації".

Таблиця ІЗ

Показники, що характеризують розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні

Показник	Розрахунок
Захворюваність	Абсолютна кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ/СНІДу за рік (середньорічна кількість населення на 100 тис.)
Розповсюдженість	Абсолютна кількість осіб, що є на диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ/СНІД на кінець звітного року (чисельність населення на кінець звітного року на 100 тис.)
Інфікованість	Абсолютна кількість осіб з позитивним результатом лабораторних тестів (число обстежених осіб певної категорії на 100 тис.) (%)
Смертність від ВІЛ/СНІДу	Абсолютна кількість офіційно зареєстрованих випадків смерті від СНІДу за звітний рік (середньорічна чисельність населення на 100 тис.)

На підставі офіційних документів обчислюють показники, що характеризують процес ураження населення (табл. 13): *захворюваність розповсюдженість, інфікованість, смертність від СНІДу.*

Основні соціально-медичні особливості розповсюдження СНІДу в Україні

Перші випадки ВІЛ-інфекції (6 громадян України) зареєстровані в 1987 році, але початок епідемії пов'язують з 1995 роком, коли інфекція вийшла з вузького кола уражених і почала розповсюджуватись, миттєво охопивши тисячі людей.

За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, у 1995-1998 роках розповсюдженість ВІЛ-інфекції зростає з 2,89 до 45,34 (на 100 тис. населення). За 1999 р. в Україні зареєстровано 5827 випадків ВІЛ-інфекції. Діагностовано 549 (9,4 %) ВІЛ-інфікованих дітей. За цей час зареєстровано 587 випадків захворювання на СНІД, із них - 16 дітей. Проте зниження кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих у 1999 році порівняно з 1998 роком на 2748 випадків не свідчить про покращання епідемічної ситуації, а є результатом зміни стратегії в проведенні обстеження населення на ВІЛ. Введений Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", принцип добровільності, передбачений законом, привів до зниження обсягу обстежень осіб з груп ризику, зокрема наркоманів - у 1,5 раза (питома вага їх серед усіх ВІЛ-інфікованих досягає 75-80 %). Водночас продовжується збільшення кількості осіб, що захворіли на СНІД, та зростання кількості ВІЛ-інфікованих дітей.

ВІЛ-інфіковані виявляються в усіх областях України (мал. 12). У 1999 р. найбільша їх кількість серед громадян України зареєстрована в



Мал. 12. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в деяких областях України на 100 тис. населення (1999 р.).

Дніпропетровській - показник 25,76 на 100 тис. населення, Донецькій - 20,9 на 100 тис. населення, Одеській - 29,6 на 100 тис. населення областях при середньому показнику по країні - 9,12 на 100 тис. населення. В Київській, Одеській та Миколаївській областях кількість ВІЛ-інфікованих донорів у 3 рази вища, ніж по Україні.

Більш високі рівні захворюваності в цих областях демонструють соціальну детермінованість СНІДу. Стрімкий спад у традиційних галузях промисловості викликав особливо високий рівень безробіття (досить часто кілька членів сім'ї водночас не мають роботи) та створив середовище, де внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків, алкоголізму, міграції робочої сили (часом дуже довготривалої та широкої), швидкими темпами відбувалося розповсюдження інфекції.

Змінилась також інфікованість різних контингентів населення: до 1995 року максимальні показники реєструвалися серед працівників секс-бізнесу, після 1995 року - серед ін'єкційних наркоманів.

Якщо на початку епідемії переважав гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ (до 1992 року більшість випадків припадало на іноземців), то з 1992 року інфекція реєструвалась переважно в громадян України. Перша, повільна, хвиля була пов'язана з особами, які мали багато статевих партнерів, друга хвиля, яка розпочалася в 1995 році, - з розповсюдженням ВІЛ-інфекції в середовищі ін'єкційних наркоманів. Про це свідчать результати обстеження офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих донорів крові - серед них в 1987-1994 роках не було наркоманів, а починаючи з 1995 року їх вже було зареєстровано від 45,7 % до 66,4 % (Дніпропетровська, Миколаївська, Львівська області, м. Київ, Севастополь).

Таким чином, провідною групою ризику в Україні є наркомани. Основними шляхами передачі - парентеральний кров'яний шлях, від 70 до 100 % уражень трапляються через використання шприців, забруднених ВІЛ. Середній вік інфікованих - 20-39 років. Постійне виявлення підлітків 13-16 років свідчить про тенденцію "омолодження" СНІДу.

Прогноз і збитки від розповсюдження ВІЛ/СНІДу в світі та в Україні

За оцінками експертів ВООЗ проблема СНІДу не може бути вирішена в найближчі десятиліття. Темпи розповсюдження різняться за регіонами. В світі захворюваність і смертність підвищуються.

В ХХІ столітті співвідношення жінок і чоловіків, уражених вірусом, прогнозується як 1:1, хоча на початку пандемії воно становило 1:10.

Найбільший демографічний вплив ВІЛ/СНІДу очікується в центрально-африканських країнах з огляду на суттєві зміни в структурі та чисельності населення, які порівнюють з впливом довготривалих війн.

В Україні, на найближчі 10 років, прогнозується подальший розвиток варіантів епідемії залежно від комплексу факторів.

Перший варіант. За основу бралися припущення, що епідемія ВІЛ в Україні розвиватиметься за моделлю, подібною до західноєвропейської -

інфекція розповсюджуватиметься головним чином серед ін'єкційних наркоманів з менш значним поширенням серед решти гетеросексуального населення. Найвищі показники становитимуть приблизно 1,0-2,9 %.

Другий варіант. Допускає стрімке поширення ВІЛ, особливо серед гетеросексуального населення, що більше відповідає моделі Південно-східної Азії та Бразилії. Остання, з швидким поширенням хворих серед ін'єкційних наркоманів і помірним серед широких верств населення, нагадує Україну. У наступні десять років передбачається рівень інфікування населення, більший від 2,9 %.

Вважають, що вплив епідемії на демографічну ситуацію, очевидно, буде меншим від того, що спостерігається в центральноафриканських країнах. І хоч епідемія значно впливатиме на захворюваність, смертність, зростання вимог до системи охорони здоров'я і ресурсів, рівень її в найближчі 10 років, очевидно, не викличе значних змін чисельності населення.

Розповсюдження ВІЛ/СНІДу призводить до великих *медицих, соціально-економічних, демографічних* наслідків.

Соціально-економічні наслідки дуже значні, особливо за умови вибухового розвитку пандемії. Цей "вибірковий удар" по молоді та особах середнього віку, які формують соціальну, економічну та політичну еліту суспільства, призведе до тяжких наслідків в економіці, руйнування багатьох соціальних інститутів. Можлива й політична дестабілізація в світі. Численні наслідки смертності від СНІДу являють собою загрозу національному розвитку багатьох регіонів, якими б показниками не вимірювати їх (зростанням дитячої смертності, числа сиріт, розпаду сімей, економічними втратами для бізнесу, навантаженням на системи охорони здоров'я тощо).

Різно збільшаться прямі витрати на охорону здоров'я, бо орієнтовно один хворий на СНІД потребує для лікування та забезпечення до кінця життя 100 тис. доларів на рік, а соціальні витрати, утримання сім'ї тощо, досягають 1 трл. доларів. До 2000 року витрати США на СНІД перевершили всі витрати на обидві світові війни.

Найбільш постраждає Африка, де сьогодні вплив СНІДу руйнівний. Інші країни, з національним прибутком, меншим 100 доларів на людину, очевидно, не зможуть забезпечити ліжками та ліками всіх ВІЛ-інфікованих. Глобальна загроза, збитки та прогноз розвитку хвороби давно викликають тривогу міжнародного співтовариства.

В 1987 році ВООЗ прийняла Глобальну програму боротьби зі СНІДом, яка стала координаційною базою та прикладом для розробки національних стратегій профілактики СНІДу і боротьби з ним у всіх країнах світу.

Національна політика було зорієнтована на три основні завдання глобальної стратегії ВООЗ:

- запобігання зараженню ВІЛ;
- зменшення впливу інфекції ВІЛ на окремих людей та суспільство;
- координацію дій усіх країн, суспільних і громадських організацій у боротьбі зі СНІДом;

На міжнародному рівні з 1994 року ООН утворила окрему спеціальну міжнародну інституцію - об'єднану програму з ВІЛ/СНІДу ООН (UNAIDS).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зазначає, що синдром набутого імунodefіциту (СНІД) викликав появу не однієї, а трьох пов'язаних з нею епідемій глобального масштабу:

- епідемії ВІЛ-інфекції і епідемії власне СНІДу;
- епідемії соціальних, культурних, економічних і політичних дій та відгуків, пов'язаних з двома першими;
- третьої епідемії - гострої реакції населення на СНІД і ВІЛ. Страх і відсутність інформації призводять до тяжких наслідків на особистому, сімейному та соціальному рівнях. Люди, інфіковані ВІЛ, часто позбавляються підтримки та допомоги сім'ї, суспільства саме тоді, коли її найбільше потребують. Страх перед інфекцією призвів до остракізму відносно до хворих зі СНІДом і дискримінації носіїв ВІЛ при влаштуванні на роботу, забезпеченні житлом, отриманні освіти.

Проте ізоляція вірусоносіїв не може бути виправданою з точки зору охорони здоров'я суспільства і буде загрожувати освітнім та іншим закладам, що мають на меті попередження передачі ВІЛ. Крім того, дискримінаційні заходи створюють додаткові проблеми та викликають непотрібні страждання людей. Тому неприпустимість дискримінації носіїв ВІЛ має важливе значення для попередження СНІДу і боротьби з ним. Неможливість відвернути подібну дискримінацію може поставити під загрозу охорону здоров'я.

За рекомендаціями ВООЗ *статус* особи щодо ВІЛ-інфекції може бути встановлений тільки шляхом *медичного обстеження*. Воно повинно базуватися на попередній свідомій згоді людини та проведенні консультування і дотримання конфіденційності; обов'язкове тестування виправдане і повинно проводитися тільки донорам крові, тканин і іншим. Основні положення щодо ВІЛ/СНІДу викладені в міжнародних документах.

На відміну від більшості хвороб СНІД уражає головним чином молодих людей, як найбільш активних в соціальній, економічній та політичній діяльності. Будь-яка епідемія, загрожуючи їх чисельності, обов'язково підриває соціальну, економічну та демографічну стабільність популяції.

Політичні наслідки захворювання ще повністю не оцінені.

Юридичні та правові засади боротьби зі СНІДом в Україні, питання взаємовідносин суспільства та уражених, основні права уражених СНІДом відображені в багатьох документах, основними з яких є:

1. Закон України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" (1991).
2. Про внесення змін до закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" (1998 рік).
3. Постанова президії Верховної Ради України "Про підвищення розміру державної допомоги дітям, інфікованим ВІЛ або хворим на СНІД" (1998 рік).
4. "Про донорство крові та її компонентів" (1998).

5. Наказ МОЗ "Про затвердження переліку медичних і фармацевтичних установ і організацій їх підрозділів, працівники яких за визначеними посадами підлягають державному обов'язковому особистому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини".

Основним документом, що визначає порядок правового регулювання питань, пов'язаних з поширенням ВІЛ-інфекції в Україні є Закон України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" (1991 р.).

Згідно із законом, інфіковані ВІЛ мають право на поважне та гуманне ставлення суспільства, збереження в таємниці відомостей про стан здоров'я, професійну діяльність за обраним фахом, безкоштовне забезпечення ліками та безкоштовний проїзд до місця лікування, користування ізольованою кімнатою для проживання. Дітям віком до 16 років - носіям ВІЛ або хворим на СНІД - призначається щомісячна державна допомога.

Соціальний захист медичних працівників передбачає їх обов'язкове державне страхування на випадок інфікування, пільги при ураженні ВІЛ, виконання адміністрацією медичних закладів обов'язків щодо забезпечення персоналу необхідними засобами захисту.

Основні питання запобігання та захисту населення від ВІЛ/СНІДу при виконанні закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" викладені в Постанові КМУ № 2026 від 18 грудня 1998 року і передбачають:

- Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку інфікованих і хворих та медичного нагляду за ними.
- Порядок компенсації ВІЛ-інфікованим чи хворим на СНІД за використання їх крові та інших біологічних матеріалів для наукових досліджень.
- Перелік і нормативи застосування засобів індивідуального захисту працівників закладів охорони здоров'я, що проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також контактують з кров'ю та іншими біологічними матеріалами від ВІЛ-інфікованих осіб.
- Порядок акредитації спеціальних лабораторій діагностики СНІДу.

Ця постанова також зобов'язує іноземних громадян і осіб без громадянства, які прибувають в Україну на термін понад 3 місяці, на момент одержання в'їзної візи мати документ про відсутність у них ВІЛ-інфекції, згідно з міжнародними договорами України. Зазначений документ повинен бути складений за формою, встановленою державою постійного проживання відповідної особи. Термін його дії - один місяць від часу видачі до в'їзду. В разі подовження часу перебування в Україні іноземний громадянин або особа без громадянства проходить відповідне обстеження.

Основним документом, що регламентує права та обов'язки громадян України є *"Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними"*.

Медичний огляд проводиться з метою:

- виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);
- здійснення епідеміологічного контролю;
- надання консультації, медичної та психосоціальної допомоги ВІЛ-інфікованим.

Медичний огляд громадян України, іноземців і осіб без громадянства, які перебувають на території України чи яким надано статус біженців, проводиться безкоштовно і може бути анонімним.

Анонімний огляд проводять в кабінетах довіри чи за направленням медичного працівника, до якого звернулася зацікавлена особа.

Медичний працівник зобов'язаний:

- проконсультувати особу щодо процедури обстеження, ймовірних результатів, шляхів розповсюдження ВІЛ-інфекції та засобів індивідуальної профілактики;
- інформувати обстеженого про результати огляду в порядку, встановленому МОЗ;
- при наявності ВІЛ-інфекції надати інфікованій особі психологічну підтримку, роз'яснивши її права і обов'язки, ознайомивши з заходами індивідуальної профілактики для безпеки оточення, можливостями медичного та соціального нагляду;
- попередити про кримінальну відповідальність за свідому загрозу зараження інших осіб;
- не розголошувати інформацію про ВІЛ-інфікованість особи чи захворювання на СНІД.

ВІЛ-інфікована особа зобов'язана письмово засвідчити факт проінформованості, після чого її направляють до лікувально-профілактичного закладу для диспансерного нагляду та надання медичної допомоги. *Медичний огляд* передбачає взяття крові чи інших біологічних рідин для проведення спеціальної лабораторної діагностики.

Вісімнадцятилітнім і особам, визнаним згідно із законом недієздатними, медичний огляд може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, з правом присутності їх під час огляду. Порядок оформлення та зберігання відповідної медичної документації встановлює МОЗ. Особи, які пройшли медичний огляд, мають право на отримання довідки про його результати. Порядок її видачі та зразок затверджує МОЗ.

Обов'язковому лабораторному обстеженню на наявність ВІЛ-інфекції підлягає кров (її компоненти), отримана від донорів.

Реєстрація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД здійснюється лікувально-профілактичними закладами після проведення медичного огляду, встановлення діагнозу та стадії розвитку ВІЛ.

Облік ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України, іноземців і осіб без громадянства, що постійно проживають чи на законних підставах тимчасово перебувають на території України, ведеться обласними (міськими)

санітарно-епідеміологічними станціями та обласними (міськими) центрами профілактики СНІДу за визначенням МОЗ.

Медичний огляд вагітних на наявність антитіл до вірусу за їх згодою проводиться при взятті їх на облік або перед пологами. При відсутності таких даних чи народженні дитини від інфікованої жінки, обов'язковому дослідженню на антитіла підлягає кров з пуповини. В подальшому обстеження дитини протягом 18 місяців, що проводиться з інтервалом у три місяці від дня народження і виявлення антитіл, є підставою для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції. В разі зникнення антитіл протягом цього періоду дитину обстежують додатково через 3 місяці після отримання негативного результату. Відсутність антитіл дозволяє вважати дитину неінфікованою.

Регламентований також порядок медичного огляду на ВІЛ-інфекцію осіб, які перебувають у місцях попереднього ув'язнення та виправно-трудових установах МВС.

Відповідно до міжнародних норм затверджений "Порядок компенсації ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД за використання їх крові та інших біологічних матеріалів для наукових досліджень". В документі передбачено:

- взяття крові та інших біологічних матеріалів (кісткового мозку, спинно-мозкової рідини, сперми, біоптатів) у ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД для наукових досліджень проводиться за їх згодою чи бажанням - безкоштовно або за плату;
- компенсація ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД за кров та інші біологічні матеріали здійснюють науково-дослідницькі установи та заклади.

Для запобігання професійному зараженню затверджено "Перелік і нормативи застосування засобів індивідуального захисту працівників закладів охорони здоров'я, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також контактують з кров'ю та іншими біологічними матеріалами від ВІЛ-інфікованих осіб". Документ передбачає, що медичний персонал закладів охорони здоров'я, причетний до діагностичних досліджень та надання медичної допомоги інфікованим і хворим чи контактує з їх кров'ю та іншими біологічними матеріалами, повинен бути забезпечений засобами індивідуального захисту за профілем роботи.

Для підвищення якості тестування на підставі Законів України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення", "Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення", "Про метрологію та метрологічну діяльність" затверджено єдині вимоги до спеціальних лабораторій діагностики, викладені в постанові "Порядок акредитації лабораторій діагностики СНІДу".

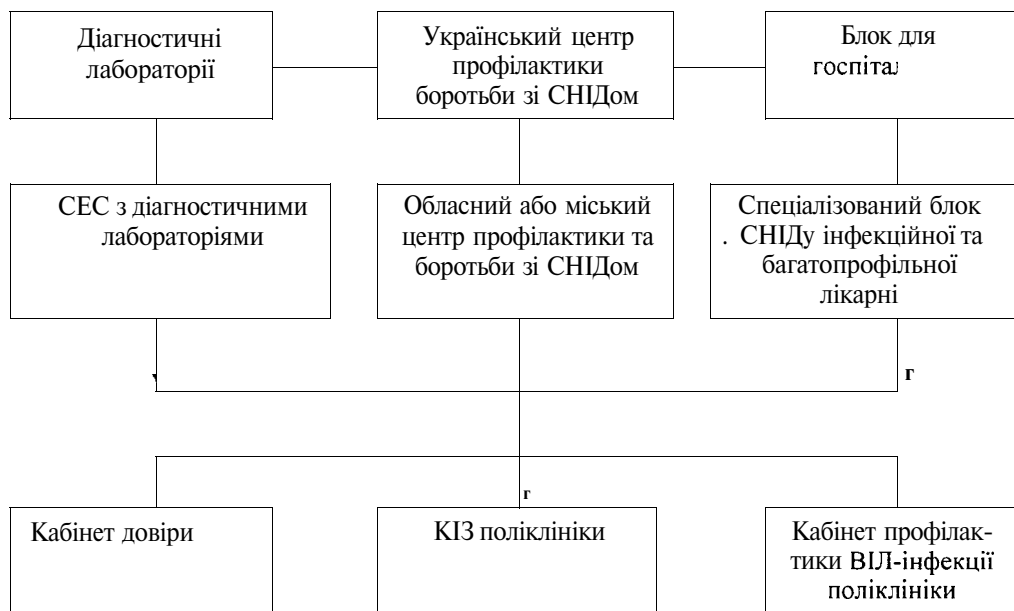
Виконання другого завдання Глобальної стратегії ВООЗ пов'язане з *організацією адекватної медичної допомоги хворим на СНІД і ВІЛ-інфікованим* залежно від розвитку національної системи охорони здоров'я.

її організація та форми в світі широко варіюють залежно від соціально-економічних умов, інфраструктури медичних закладів, кваліфікації спеціалістів, діагностичної бази. В розвинутих країнах, з великою кількістю хворих, є широка інфраструктура закладів: хоспіси, денні стаціонари і домашні стаціонари, притулки "останньої допомоги", гуртожитки для хворих, що потребують обслуговування, інтернати готельного типу.

Принциповим підходом є їх домашнє лікування, а госпіталізація доцільна тільки при ускладненнях і на термінальному етапі життя. Більшу частку життя хворі знаходяться вдома. Регулярне систематичне спостереження (кожні 3-6 місяців) проводиться амбулаторно. В США, Франції, Нідерландах вони отримують адекватну медичну допомогу. В країнах Африки стан багатьох хворих трагічний. Наприклад, серед госпіталізованих в Уганді до 60 % становлять хворі на СНІД. Вони не ізольовуються від інших пацієнтів, бо діє принцип "Ізолюй вірус, а не хворого". В Уганді, Замбії за браком ліжок створюють лікарні з відділеннями допомоги на дому. Проте погані дороги, нестача транспорту та пального не дають змоги більшості хворим отримати належну спеціалізовану медичну допомогу.

Організація надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги хворим на СНІД і ВІЛ-інфікованим в Україні

Основною структурною одиницею є центри профілактики СНІДу. В Україні їх функціонує 15. Центри формують систему забезпечення хворих на базі кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ). Для надання їм допомоги створена система спеціалізованих закладів (мал. 13).



Мал. 13. Схема організації лікувально-профілактичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД в Україні.

Обов'язки центрів:

- проведення первинного обстеження та реєстрація хворих з вперше в житті встановленим діагнозом “ВІЛ-інфекція”;
- забезпечення диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими, що мешкають на закріпленій за центром території;
- надання лікувально-діагностичної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;
- забезпечення спеціалізованої планової, невідкладної, консультативної допомоги;
- направлення до клініки СНІДу Українського центру в плановому порядку чи за екстремими (клінічними) показаннями;
- координація діяльності медичних закладів, розташованих на підвідомчій території;
- щомісячний збір та подання в Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом оперативної інформації щодо зареєстрованих хворих за встановленими звітними формами.

Показаннями до госпіталізації у центри є клінічно виражена гостра ВІЛ-інфекція та СНІД.

КІЗи зобов'язані:

- проводити диспансерне спостереження за хворими на ВІЛ-інфекцію за місцем проживання;
- надавати лікувально-діагностичну допомогу в амбулаторних умовах;
- організовувати екстрену спеціалізовану допомогу; терапію та планове обстеження за рекомендаціями центрів профілактики та боротьби зі СНІДом;
- направляти до центрів в плановому порядку, за екстремими показаннями.

Крім КІЗ, існують кабінети довіри - діагностичні структури нового типу, організовані при Центрі ПБСНІД (наказ МОЗ № 426 від 1987 р.).

Завдання кабінету довіри:

- кваліфіковане обстеження та діагностика СНІДу;
- направлення до стаціонару;
- диспансеризація;
- психологічна допомога та підтримка інфікованих і хворих.

У штаті кабінету є психолог, що проводить консультування з метою попередження самогубств ВІЛ-інфікованих.

Стаціонарна допомога хворим надається на базі Центрів і спеціалізованих блоків СНІДу при інфекційних чи багатопрофільних лікарнях.

За наказом обласного управління охорони здоров'я визначені заклади, на базі яких організовують бригади для надання різних видів спеціалізованої допомоги. По областях створені бригади хірургічної, терапевтичної, акушерсько-гінекологічної, стоматологічної, педіатричної, реанімаційної допомоги. При потребі в інших видах допомоги викликають спеціалістів за профілем.

Прогноз потреб в Україні на найближчі 5 років свідчить про подальше зростання навантаження на систему охорони здоров'я.

Організація диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими в Україні

Стратегічна суть диспансеризації - продовження життя хворої людини, його соціальна змістовність і економічна продуктивність завдяки кваліфікованій медичній, психо-соціальній та юридичній допомозі. Тому диспансеризація при ВІЛ/СНІДі передбачає систему комплексних лікувально-профілактичних, соціально-психологічних і гігієнічних заходів.

Основні принципи діяльності диспансерної служби:

- Доступність - передбачає максимальну наближеність до пацієнта, безперервне і цілодобове функціонування (бригади кризового консультування телефонних, "гарячих" ліній).

- Конфіденційність - право пацієнта на збереження таємниці; порушення принципу є найбільш частим механізмом "запуску" протиправних дій проти людини інфікованої ВІЛ, а почасти руйнації її особистого та соціального життя.

- Безкоштовність допомоги - основа функціонування диспансерної служби, важливий фактор профілактики розповсюдження інфекції. Медикаментозне лікування, психологічна та юридична допомога сьогодні коштують дуже дорого, і тому практично не доступні для більшості хворих. Невиконання цього принципу може поставити нашу державу перед фактом нової проблеми - формування значного контингенту ВІЛ-інфікованих поза увагою диспансерної служби, як потенційного джерела розповсюдження інфекції. Економічні витрати на безкоштовний диспансерний нагляд цілком виправдані і безумовно нижчі від неминучих витрат у випадку ще більшого прискорення темпів епідемії.

- Багатопрофільність - широкий діапазон спеціалізованої медичної допомоги.

- Мобільність - максимальне наближення всіх видів допомоги до інфікованої людини (патронаж, активні відвідування фахівцями, обстеження за місцем проживання).

- Комплексність - поєднання диспансерної служби медичної, психологічної та юридичної допомоги. За висновками експертів ВООЗ психосоціальна та юридична допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД є першочерговим заходом, який поряд з первинною профілактикою перешкоджає неконтрольованому розповсюдженню ВІЛ.

- Відкритість - співробітництво з різноманітними державними і недержавними структурами, неформальними організаціями та об'єднаннями, що мають можливість і бажання допомагати ураженим ВІЛ/СНІДом на позагоспітальному етапі без законодавчих протиріч і порушень прав людини.

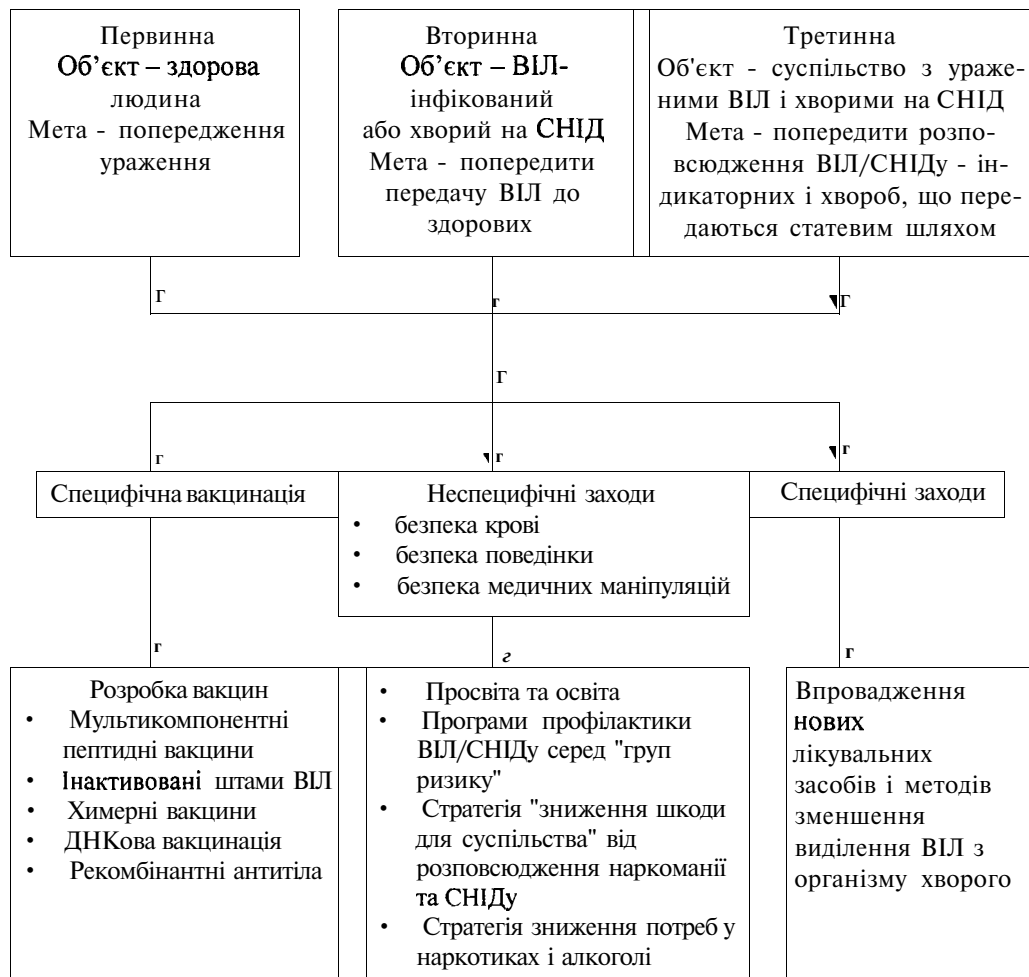
Профілактика ВІЛ/СНІДу

Основним шляхом боротьби з ВІЛ/СНІДом є профілактика, яка умовно може поділятися на *первинну, вторинну, третинну* (мал. 14).

Первинна профілактика поширюється на здорових людей і забезпечується пропагандою знань про здоровий спосіб життя.

Вторинна стосується ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД і націлена на попередження передачі вірусу імунodefіциту здоровій людині.

Профілактика ВІЛ/СНІДу



Мал. 14. Профілактика ВІЛ/СНІДу.

Третинна профілактика базується на суспільних заходах щодо попередження розповсюдження та зменшення темпів приросту нових випадків інфікувань.

Профілактичні заходи здійснюються з урахуванням епідемічної ситуації в державі. До 1998 року в Україні вони були спрямовані переважно на попередження передачі ВІЛ через донорську кров та на моніторинг поширення ВІЛ-інфекції.

В 1998-2000 роках заходи були зосереджені в таких напрямках:

- недопущення зараження ВІЛ під час переливання донорської крові;
- зменшення кількості інфікувань при ін'єкційному вживанні наркотиків;
- профілактика перинатальної передачі ВІЛ.

Важливою умовою у попередженні ВІЛ/СНІДу є можливість для людини за власним бажанням пройти тестування на наявність антитіл до ВІЛ і отримати необхідні кваліфіковані поради та підтримку щодо запобігання зараженню в майбутньому.

Пріоритетною в діяльності кабінетів довіри повинна бути робота, спрямована в першу чергу на інформування та просвіту осіб, що звертаються з приводу обстеження. З огляду на це, слід розширювати їх кількість та залучати до роботи в них працівників соціальних служб, психологів.

Нагальним питанням є *соціальний захист* ВІЛ-інфікованих людей, в першу чергу дітей, від яких відмовились батьки, та сиріт, і тих, хто не має постійного місця проживання. Очевидною є необхідність його розв'язання на місцях шляхом створення спеціальних притулків з визначенням джерел фінансування та порядку діяльності.

Запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом повинно будуватися на системі освітніх заходів, спрямованих на інформування підлітків і молоді щодо шляхів зараження ВІЛ і методів його перестороги.

Залишається актуальним внесення в *навчальні програми* навчальних закладів всіх типів і рівнів акредитації питань навчання учнів і студентів сексуальної культури, підготовки на конкурсних засадах відповідних методичних розробок, підручників, визначення кола фахівців та їх підготовка до викладання предмета.

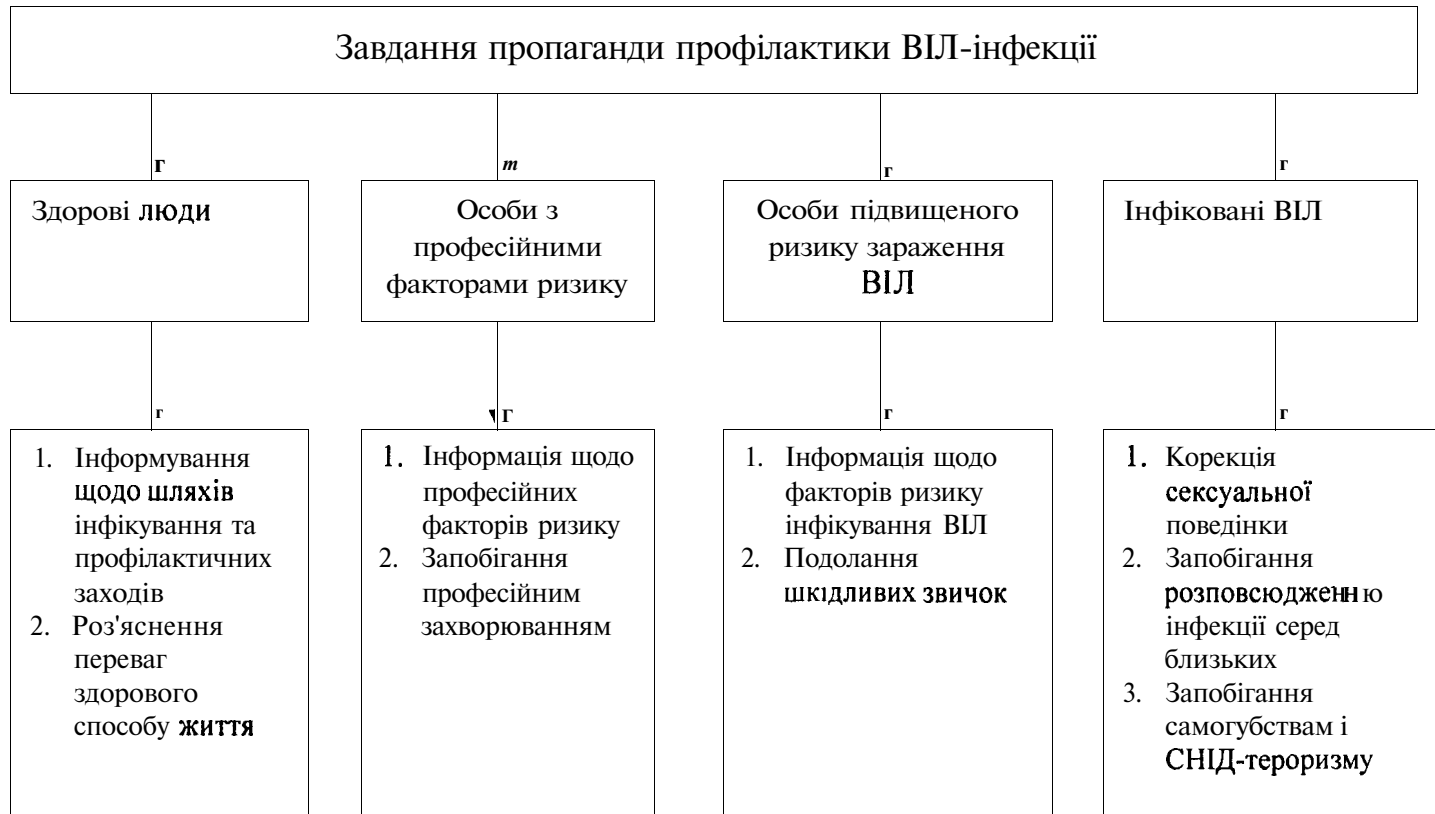
Провідну роль у реалізації цієї стратегії мають відіграти заклади Міністерства та Академії педагогічних наук.

Досить складним є питання організації інформаційно-освітньої роботи серед груп підвищеного ризику (мал. 15, 16) і цільових груп (моряки, ув'язнені, військовослужбовці, водії міжнародного автотранспорту, провідники пасажирських поїздів, персонал сфери обслуговування тощо), які забезпечують значний відсоток інфікованих статевим шляхом.

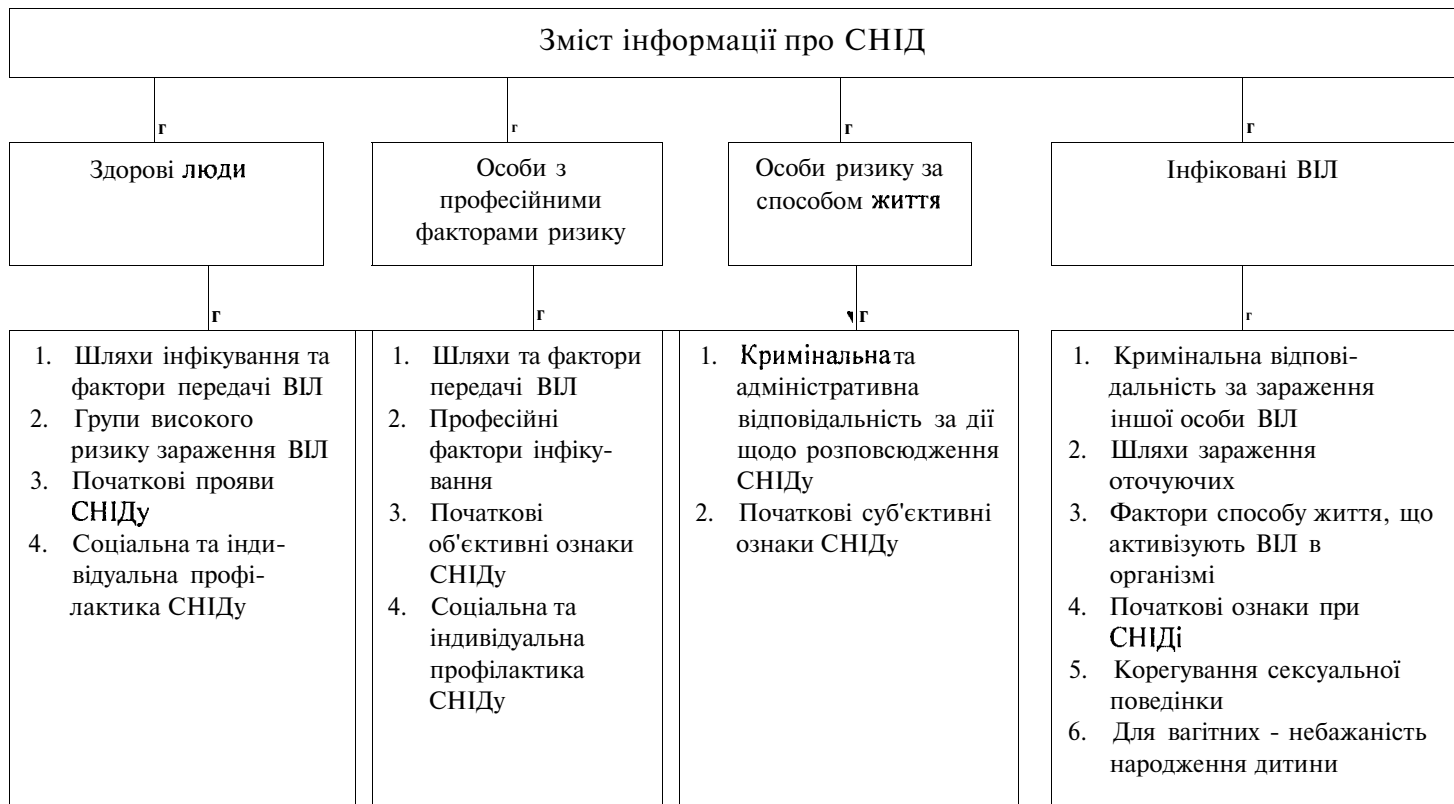
Відповідальність за планування, забезпечення і виконання профілактичної роботи будуть забезпечувати відповідні міністерства та відомства.

Осторонь стоїть *проблема профілактики ВІЛ-інфекції серед повій та їх клієнтів*. Здійснення в їх середовищі попереджувальних заходів є новим завданням, підходи до реалізації якого розробляються.

Невідкладним завданням залишається запровадження в усіх без винятку регіонах України профілактичних програм серед *споживачів наркотиків*. До 2000 року вони повинні бути започатковані скрізь і здійснюватись на принципах стратегії "зменшення шкоди". Треба остаточно визначитись також і стосовно включення до них замісної терапії (вживання метадону та інших препаратів, які дозволяють відмовитись від наркотиків сильної дії) хворим на наркоманію та набути власний досвід її реалізації. Цим мають опікуватися Представництво ООН та інші міжнародні організації. Вже з 1995 року в Україні при методичній, організаційній та фінансовій допомозі багатьох агенцій



Мал. 15. Завдання пропаганди профілактики ВІЛ-інфекції.



Мал. 16. Зміст інформації про СНІД.

ООН (UNAIDS, UNDP, UNICEF) в окремих регіонах почали діяти профілактичні програми: "Профілактика ВІЛ-СНІДу серед жінок секс-бізнесу", "Профілактика ВІЛ-інфекції серед молоді", "Зниження шкоди" (для осіб, що використовують наркотики ін'єкційно), однак, ефективність їх ще не оцінена.

Контрольні питання

1. Медико-соціальне значення ВІЛ/СНІДу.
2. Соціальні причини поширення пандемії ВІЛ/СНІДу.
3. Основні світові тенденції розвитку пандемії ВІЛ/СНІДу.
4. Найбільш високий рівень захворюваності населення на ВІЛ/СНІД
5. Провідні шляхи передачі ВІЛ та їх порівняльна інтенсивність.
6. Основні шляхи зараження ВІЛ/СНІДом в Україні до та після 1995 року.
7. Розподіл хворих на ВІЛ/СНІД за основними групами ризику в Україні до та після 1995 року.
8. Заклади, що надають допомогу хворим на ВІЛ/СНІД в Україні.
9. Правові та юридичні засади профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні.
10. Профілактика ВІЛ/СНІДу.

Розділ 6. ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Основи організації лікувально-профілактичного забезпечення дорослого населення

Однією з основних галузей охорони здоров'я є *лікувально-профілактична справа*, в якій задіяна більша частина медичних працівників. На забезпечення її функціонування виділяються значні кошти з асигнувань, передбачених на охорону здоров'я загалом.

Заклади та працівники галузі виконують провідну функцію системи, займаючись попередженням та виявленням хвороб, забезпечуючи лікування хворих, надаючи їм різні види медичної допомоги.

Незалежно від того, в якій галузі охорони здоров'я працюють ті чи інші лікарі та середні медичні працівники, вони мають бути добре обізнані з принципами організації лікувально-профілактичної допомоги, з напрямками її розвитку, із завданнями та функціями різних лікувально-профілактичних закладів.

У розділі розглядаються основи та принципи організації різних видів лікувально-профілактичної допомоги, включаючи амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну та швидку, з урахуванням динаміки їх розвитку та напрямків реформування.

Висвітлюються завдання, функції та структура основних лікувально-профілактичних закладів (поліклінік, стаціонарів, диспансерів, станцій швидкої медичної допомоги), а також питання їх ліцензування та акредитації.

Розглядаються також особливості медичного забезпечення окремих верств населення та контингентів (міського та сільського населення, робітників промислових підприємств, потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС, осіб похилого віку).

Особлива увага приділяється організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з висвітленням досвіду різних країн і України.

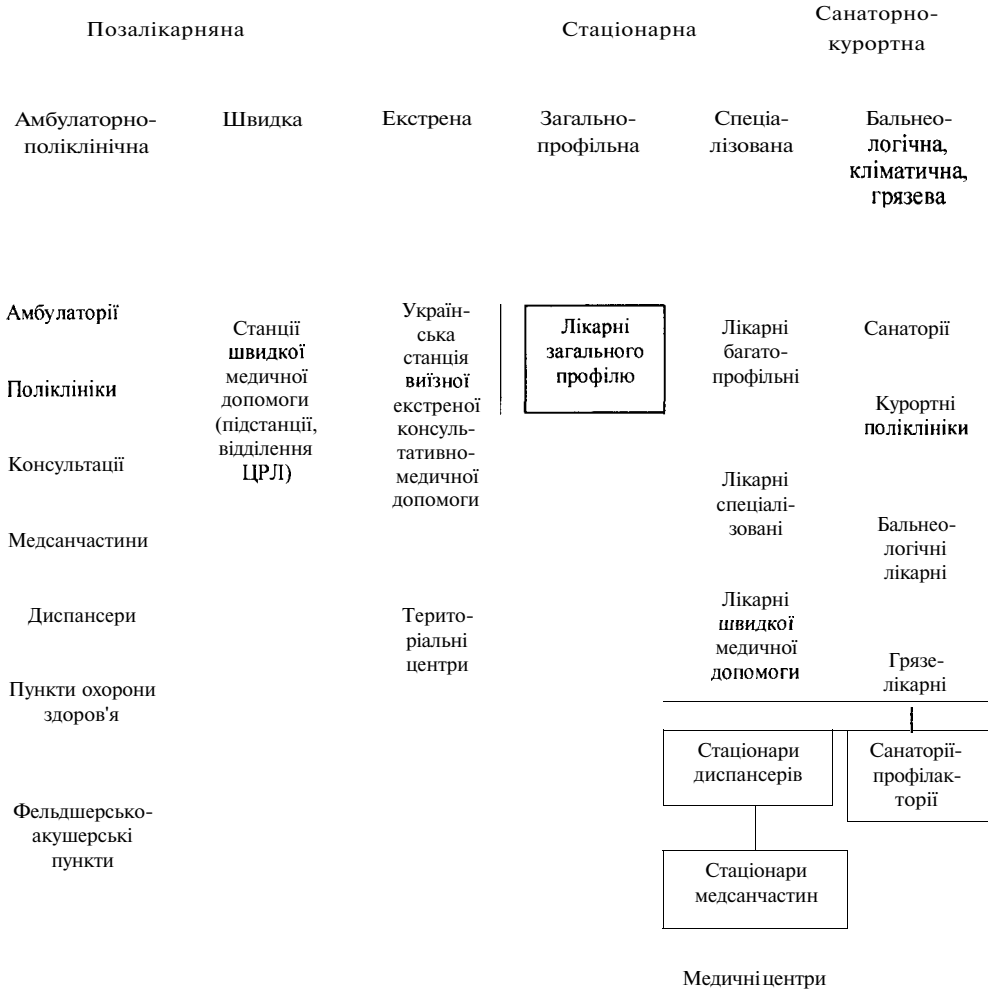
Засвоєння цих знань і оволодіння навичками аналізу рівня надання лікувально-профілактичної допомоги та розробки управлінських рішень щодо оптимізації діяльності лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) і окремих медичних працівників передбачене кваліфікаційними характеристиками лікарів-спеціалістів. Все це має на меті підготувати майбутніх лікарів до роботи в сучасній системі охорони здоров'я.

Лікувально-профілактична допомога - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу

особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.

До видів лікувально-профілактичної допомоги відносяться амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна (мал. 1).

Лікувально-профілактична допомога



Мал. 1. Види лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню та заклади, що її надають.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при звертанні безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі чи вдома.

Швидка медична допомога - це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Стаціонарна допомога надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Організація лікувально-профілактичної допомоги ґрунтується на таких *принципах*:

- єдність лікувальної та профілактичної допомоги;
- безкоштовність надання всім громадянам гарантованого рівня первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), обсяг якої за діючим законодавством має встановлюватися Кабінетом Міністрів України;
- послідовність амбулаторної та стаціонарної допомоги;
- етапність спеціалізованого медичного забезпечення;
- дільнично-територіальний;
- спеціалізація та інтеграція лікувальної допомоги;
- переважне обслуговування окремих соціально значущих груп населення.

Дільнично-територіальний принцип в умовах переходу до страхової медицини та при її впровадженні може дещо трансформуватись, оскільки головною особою в медичному забезпеченні населення має бути сімейний лікар (загальної практики).

Лікувально-профілактична допомога здійснюється:

- лікувально-профілактичними акредитованими закладами;
- службою швидкої медичної допомоги;
- окремими медичними працівниками, які мають ліцензію.

В наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню України беруть участь медичні заклади різних рівнів:

- медичні заклади сільських адміністративних районів - центральні районні лікарні та районні лікарні, районні та міжрайонні диспансери, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти;
- міський рівень - лікарні, диспансери, консультативно-діагностичні та медичні центри;
- обласний рівень - обласні лікарні та диспансери, міжобласні та обласні спеціалізовані центри;
- державний рівень - спеціалізовані медичні центри, клініки науково-дослідних інститутів і вищих навчальних закладів.

Лікувально-профілактична допомога є досить складною системою як за видами медичного забезпечення, так і за типами закладів охорони здоров'я, перелік яких затверджений наказами МОЗ України № 144 від 22 червня 1995 року, № 365 від 04.12.96 р., № 379 від 16.12.96 р., № 360 від 19.12.97 р., № 84 від 03.04.98 р., № 331 від 23.11.98 р.

Перелік закладів охорони здоров'я

1. Лікувально-профілактичні заклади

1.1. Лікарняні заклади

Республіканська лікарня
Обласна лікарня
Центральна міська лікарня
Територіальне медичне об'єднання
Міська лікарня
Центральна районна лікарня
Районна лікарня
Дільнична лікарня
Українська дитяча лікарня Міністерства охорони здоров'я
Дитяча обласна лікарня
Дитяча міська лікарня
Дитяче територіальне медичне об'єднання
Дитяча районна лікарня
Перинатальний центр зі стаціонаром
Міська лікарня швидкої медичної допомоги
Лікарня на водному транспорті (центральна басейнова, басейнова, портова)
Лікарня на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча)
Медичний центр
Лікарня нафтопереробної промисловості України
Український госпіталь інвалідів Вітчизняної війни
Госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни
Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів
Медико-санітарна частина
Спеціалізована медико-санітарна частина
Лікарня "Хоспіс"
Спеціалізовані лікарні
Лікарня відновного лікування
Дитяча інфекційна лікарня
Дитяча дерматологічна лікарня
Дитяча лікарня відновного лікування
Дитяча психіатрична лікарня
Дитяча туберкульозна лікарня
Інфекційна лікарня
Дерматовенерологічна лікарня
Травматологічна лікарня
Отоларингологічна лікарня
Наркологічна лікарня
Офтальмологічна лікарня

Психоневрологічна лікарня
Психіатрична лікарня
Туберкульозна лікарня
Фізіотерапевтична лікарня
Косметологічна лікарня
Пологовий будинок
Колгоспний пологовий будинок

1.2. Лікувально-профілактичні заклади особливого типу

Лепрозорій
Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
Центр реабілітації репродуктивної функції жінки
Українська алергологічна лікарня
Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення
Обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення
Міський спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення

1.3. Диспансери

Гастроентерологічний
Ендокринологічний
Кардіологічний
Дитячий кардіоревматологічний
Лікарсько-фізкультурний
Наркологічний
Онкологічний
Протитуберкульозний
Психоневрологічний
Трахоматозний
Шкірно-венерологічний

1.4. Амбулаторно-поліклінічні заклади

Центральна районна поліклініка
Міська поліклініка
Студентська поліклініка
Дитяча міська поліклініка
Амбулаторія
Пункт охорони здоров'я
Фельдшерсько-акушерський пункт
Український консультативно-діагностичний центр матері і дитини
Діагностичний центр
Жіноча консультація
Консультація "Шлюб і сім'я"
Фізіотерапевтична поліклініка
Стоматологічна поліклініка

Дитяча стоматологічна поліклініка
Поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова, лінійна)
Поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна)
Лінійна амбулаторія на залізничному транспорті
Наркологічна амбулаторія

1.5. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги

Обласна станція переливання крові
Міська станція переливання крові
Республіканська станція переливання крові
Станція швидкої медичної допомоги
Українська станція виїзної екстреної консультативно-медичної допомоги
Територіальний центр екстреної медичної допомоги
Республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги

1.6. Санаторно-курортні заклади

Бальнеологічна лікарня
Грязелікарня
Дитяча бальнеологічна лікарня
Курортна поліклініка
Санаторій
Санаторій-профілакторій
Спеціалізований санаторій
Дитячий спеціалізований санаторій
Санаторій для дітей з батьками
Дитячий оздоровчий центр

2. Санітарно-профілактичні заклади

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
Республіканська санітарно-епідеміологічна станція
Обласна санітарно-епідеміологічна станція
Державне обласне об'єднання захисту здоров'я населення
Міська санітарно-епідеміологічна станція
Міське територіальне медичне об'єднання "Санепідслужба"
Районна санітарно-епідеміологічна станція
Санітарно-епідеміологічна станція об'єкта з особливим режимом роботи
Протичумна станція
Дезінфекційна станція
Дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції
Міське об'єднання "Меддезінфекція"
Обласне об'єднання "Меддезінфекція"

Обласне об'єднання (підприємство) "Профдезінфекція"

Міське об'єднання (підприємство) "Профдезінфекція"

Санітарно-епідеміологічна станція цивільної авіації

Санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті (басейнова, портова, лінійна)

Санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті (Центральна санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті України, санітарно-епідеміологічна станція на залізницях, лінійні санітарно-епідеміологічні станції)

2.2. Заклади санітарної просвіти

Український центр здоров'я

Республіканський центр здоров'я

Обласний центр здоров'я

Міський центр здоров'я

Районний центр здоров'я

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади

Аптека

Аптечна база (склад)

Контрольно-аналітична лабораторія

База (склад) медичної техніки

Магазин медичної техніки

Магазин медичної оптики

4. Інші заклади

Патологоанатомічний центр України

Республіканське патологоанатомічне бюро

Обласне патологоанатомічне бюро

Міське патологоанатомічне бюро

Обласне дитяче патологоанатомічне бюро

Головне бюро судово-медичної експертизи України

Республіканське бюро судово-медичної експертизи

Обласне бюро судово-медичної експертизи

Центр медичної статистики МОЗ України

Обласний центр медичної статистики

Молочна кухня

Автопідприємство санітарного транспорту

5. Заклади медико-соціального захисту

Обласне бюро (центр) медико-соціальної експертизи

Будинок дитини

В Україні функціонує широка мережа лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих МОЗ України - більше 6350 закладів амбулаторно-поліклінічних та 3146 лікарняних.*

Частина амбулаторно-поліклінічних закладів входить до складу різних лікарень і диспансерів, проте число самостійних поліклінік (за винятком стоматологічних) і амбулаторій також значне, воно становить майже 40 %.

Серед лікарняних закладів провідне місце за кількістю ліжок і за обсягом стаціонарної допомоги займають багатопрофільні обласні, міські та центральні районні лікарні (56 % ліжкового фонду), а частка госпіталізованих у ці заклади хворих становить 2/3 від усіх госпіталізованих (67 %).

У спеціалізованих лікарнях і диспансерах розміщено майже 15 % ліжкового фонду, частка госпіталізованих до них досягла 8,5 %.

Майже 30 % ліжок функціонують у інших закладах - дільничні та наркологічні лікарні тощо (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл ліжкового фонду та госпіталізованих хворих в лікарняних закладах системи МОЗ України (1997 р.)

Заклади	% ліжок до їх загальної кількості		% госпіталізованих у названі заклади	
Обласні лікарні	5,0		5,6	
Міські лікарні	25,8		30,1	
Центральні районні лікарні	25,3		31,6	
Всі спеціалізовані лікарні	4,1	14,8	2,8	8,5
Диспансери	10,7		5,7	
Інші заклади	29,1		24,2	
Всього	100,0		100,0	

Тривалий час рівень госпіталізації коливався в межах 23-25 випадків на 100 жителів. Поступово цей показник зменшувався і у 1997-1998 рр. він не досягав 20 (мал. 2).

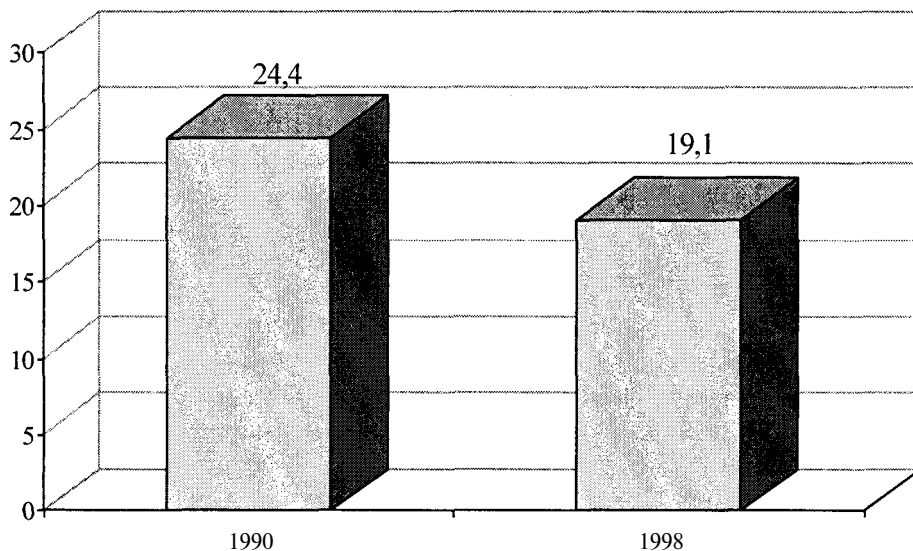
Рівень госпіталізації по областях України відрізняється досить відчутно: в 1990 році він коливався в межах 21,6-27,8 випадків на 100 жителів, у 1998 р. - в межах 15,8-22,4.

Забезпеченість ліжками в нашій країні протягом тривалого часу була високою (мал. 3), вона перевищувала аналогічні показники багатьох розвинутих країн.

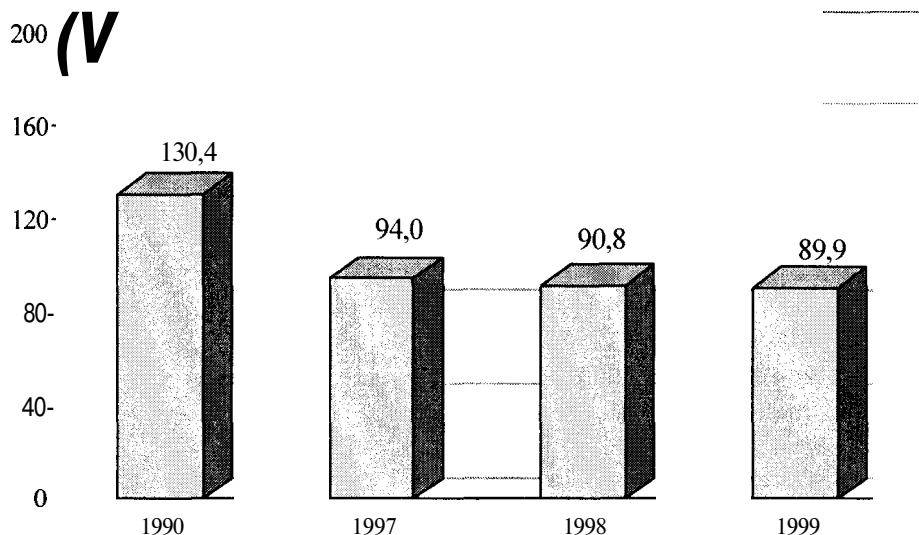
Поступово показник забезпеченості ліжками зменшився до 89,9 у 1999 р., проте цей рівень ще значний. Орієнтовними нормативами МОЗ України передбачено його доведення до 80 на 10 тисяч населення.

При цьому слід враховувати, що в Україні, порівняно з багатьма економічно розвинутими країнами, рівень розвитку соціальних служб не достатній. Внаслідок цього певна частина хворих перебуває в стаціонарах не стільки з міркувань суто медичних, скільки з соціальних причин.

*Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 1998 рік). - К., 1999.-594 с.



Мал. 2. Рівень госпіталізації населення України в 1990-1998 рр.
(на 10 тис. жителів).



Мал. 3. Забезпеченість ліжками населення України в 1990-1999 рр.
(на 10 тис. жителів).

Для надання населенню повноцінної стаціонарної допомоги важливе значення має не тільки достатня кількість ліжок, але й структура ліжкового фонду за спеціальностями, забезпечення його кадрами та обладнанням.

Проведення спеціалізації медичної допомоги базується на визначенні концентрації ліжок певного профілю, сил і засобів охорони здоров'я. Спеціалізована допомога повинна бути диференційована за типами населених пунктів, закладами охорони здоров'я та етапами надання допомоги.

При значній диференціації ліжкового фонду найбільш високими є показники забезпеченості терапевтичними та хірургічними ліжками (табл. 2).

Таблиця 2

Забезпеченість населення України ліжками різних профілів у 1990-1999 рр. (на 10 тисяч населення)

Профіль ліжок	1990 р.	1999 р.	% зниження
Всього,	130,0	89,97	29,9
В т.ч.			
Терапевтичні (вся група)	34,4	20,75	39,7
Хірургічні (вся група)	19,1	14,42	24,6
Інфекційні	7,9	5,75	27,3
Неврологічні	6,9	5,44	21,8
Оториноларингологічні	2,8	1,74	37,9
Дерматологічні	2,4	1,66	30,1
Офтальмологічні	2,1	1,48	29,6

Наведені дані свідчать, що зниження загальної забезпеченості на 29,9 % відбулося переважно за рахунок ліжок терапевтичного профілю (на 39,7 %).

Одночасно з цими змінами розвинулась мережа денних і домашніх стаціонарів.

Зменшення забезпеченості іншими ліжками також досить відчутне.

Частоті госпіталізації в динаміці як загалом, так і за основними класами хвороб також притаманне зменшення (табл. 3).

Таблиця 3

Дані про госпіталізацію хворих (на 100 дорослих і підлітків) за окремими класами хвороб у 1990-1999 рр.

Найменування класів хвороб	Рівень госпіталізації	
	1990 р.	1999 р.
Всього	24,90	18,98
В т.ч.		
Хвороби нервової системи та органів відчуттів	1,5	1,42
Хвороби системи кровообігу	3,4	2,87
Хвороби органів дихання	3,0	1,99
Хвороби органів травлення	2,6	2,02
Хвороби сечостатевої системи	2,0	1,67
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,9	1,12
Травми та отруєння	1,8	1,62

Основною тенденцією сучасного періоду є наближення основних видів стаціонарної допомоги до населення (загальнотерапевтичної, загальнохірургічної, педіатричної, акушерсько-гінекологічної) та централізація спеціалізованих і вузькоспеціалізованих видів на базі потужніших лікарень.

З врахуванням цього заклади стаціонарної допомоги поділяються на дві групи. До першої належать ті, що забезпечують її основні види - міські,

районні, дільничні лікарні. Друга представлена тими, які надають спеціалізовану медичну допомогу - медичні центри, пологові будинки, спеціалізовані лікарні - як-то інфекційні, психіатричні, туберкульозні, травматологічні, фізіотерапевтичні, наркологічні та інші.

В ряді регіонів організація досить потужних вузькоспеціалізованих відділень тільки в стаціонарах міських лікарень неможлива. Тому виникає потреба в перерозподілі ліжкового фонду між кількома лікарнями, в об'єднанні відповідних відділень міських, обласних, а інколи й відомчих лікарень.

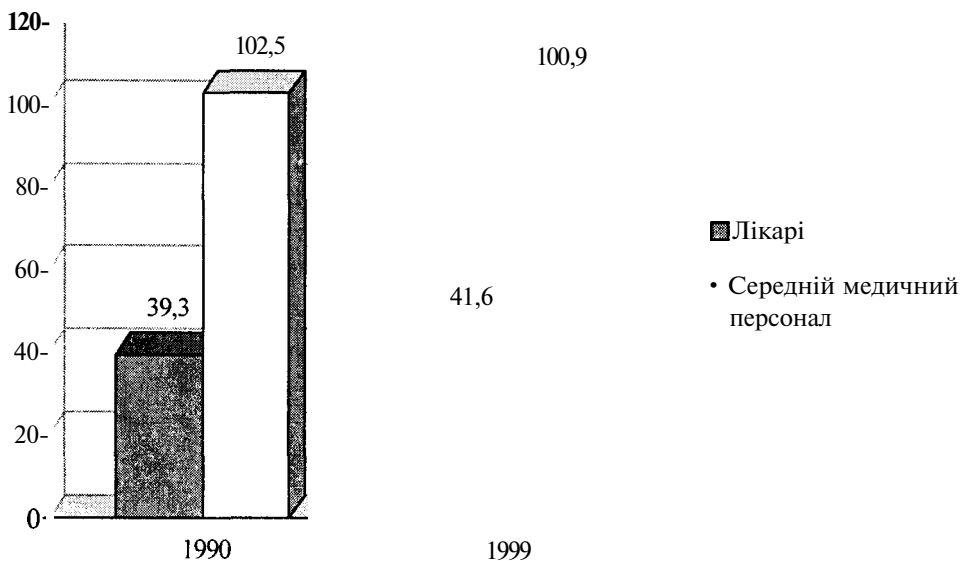
Таким чином, структура ліжкового фонду формується з урахуванням місцевих умов і особливостей на основі регіональної диференціації.

За останнє десятиріччя широкого розповсюдження набуло створення спеціалізованих центрів, наприклад, центру реабілітації репродуктивної функції жінки, дитячого центру пересадки кісткового мозку тощо.

В наведеному переліку закладів охорони здоров'я зазначені типові заклади, окрім яких в умовах децентралізації управління та функціонування різних форм власності створюються інші для забезпечення різноманітних потреб населення. До них відносяться заклади народної медицини, приватні лікувально-профілактичні заклади.

Крім підпорядкованих МОЗ України, медичну допомогу відповідним контингентам населення надають заклади Міністерства оборони, Служби безпеки, Міністерства внутрішніх справ.

У системі охорони здоров'я працюють спеціалісти з вищою та середньою медичною освітою (мал. 4).



Мал. 4. Забезпеченість населення України лікарями та середнім медперсоналом, 1990-1999 рр. (на 10 тис. жителів).

Слід зауважити, що співвідношення між лікарями та середнім медперсоналом протягом зазначеного часу майже не змінювалося (1:2,6 - в 1990 р., 1:2,4 - у 1999 р.). Воно значно відрізняється від прийнятого в багатьох країнах (1:5, 1:6).

Забезпеченість лікарями досить значна і набагато перевищує аналогічні показники розвинутих держав. Проте треба враховувати, що власне лікувальною роботою займаються приблизно 3/4 всіх лікарів (32,2 на 10 тис).

Для виконання складних і різноманітних завдань лікувально-профілактичної допомоги формуються штати персоналу відповідних закладів, чисельність і склад медичних працівників визначаються умовами території, котру мають обслуговувати ці заклади, враховуючи чисельність населення, особливості його розселення, форми роботи закладів в умовах реформування галузі охорони здоров'я тощо.

За сучасних умов одним з принципів розвитку системи охорони здоров'я є децентралізація управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності їх працівників на правовій і договірній основі (ст. 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, 1992 р.).

Виходячи з цього, керівники мають можливість творчо реалізувати на місцях відповідні постанови та накази щодо розвитку конкретних видів медичної допомоги та формування штатів, враховуючи раціональність перерозподілу посад між окремими структурними підрозділами відповідно до ситуацій та проблем, що виникають.

В процесі формування чи реорганізації системи в конкретному регіоні чи місті слід забезпечити пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги, служби екстреної та швидкої медичної допомоги, медичної допомоги дітям та матерям, зберігаючи мережу лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості.

Штатні нормативи регламентуються відповідним наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. "Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я".

Загальна штатна чисельність їх працівників є граничною. При формуванні штатів треба дотримуватись меж, встановлених лімітами бюджетних асигнувань на заробітну плату.

Довготривала орієнтація на спеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу призвела до появи значної кількості лікарських спеціальностей, затверджених наказами МОЗ України № 114 від 22.06.95 р. та № 360 від 14.01.98 р.

Перелік лікарських посад у закладах охорони здоров'я

Посади лікарів-спеціалістів

Лікарська спеціальність

I. Керівники лікувальних і санітарно-профілактичних закладів та їх заступники

1. Генеральний директор	Організація і управління охороною здоров'я
2. Директор	-//-
3. Головний лікар	-//-
4. Головний державний санітарний лікар	-//-
5. Начальник	-//-
6. Завідуючий	-//-
7. Заступник із числа лікарів (генерального директора, директора, головного лікаря, начальника, завідуючого)	-//-

II. Керівники структурних підрозділів

1. Завідуючий	Лікарська спеціальність
2. Начальник	за профілем структурного підрозділу

III. Лікарі-спеціалісти

1. Лікар-акушер-гінеколог	Акушерство і гінекологія
2. Лікар-алерголог	Алергологія
3. Лікар-алерголог дитячий	Дитяча алергологія
4. Лікар-анестезіолог	Анестезіологія
5. Лікар-анестезіолог дитячий	Дитяча анестезіологія
6. Лікар-бактеріолог	Бактеріологія
7. Лікар-вірусолог	Вірусологія
8. Лікар-гастроентеролог	Гастроентерологія
9. Лікар-гастроентеролог дитячий	Дитяча гастроентерологія
10. Лікар-генетик	Генетика медична
11. Лікар-гематолог	Гематологія
12. Лікар-гематолог дитячий	Дитяча гематологія
13. Лікар-геріатр	Геріатрія
14. Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку	Дитяча гінекологія
15. Лікар-гінеколог-онколог	Онкогінекологія
16. Лікар з гігієни дітей та підлітків	Гігієна дітей та підлітків
17. Лікар з гігієни праці	Гігієна праці
18. Лікар з гігієни харчування	Гігієна харчування
19. Лікар-дерматовенеролог	Дерматовенерологія
20. Дитячий	Дитяча дерматовенерологія
21. Лікар-дезінфекціоніст	Дезінфекційна справа
22. Лікар-дієтолог	Дієтологія
23. Лікар-епідеміолог	Епідеміологія
24. Лікар-ендокринолог	Ендокринологія
25. Лікар-ендокринолог дитячий	Дитяча ендокринологія
26. Лікар-ендоскопіст	Ендоскопія
27. Лікар загальної практики - Сімейний лікар	Загальна практика- Сімейна медицина
28. Лікар з загальної гігієни	Загальна гігієна

29. Лікар-імунолог	Імунологія
30. Лікар-імунолог клінічний	Клінічна імунологія
31. Лікар-імунолог дитячий	Дитяча імунологія
32. Лікар-імунолог-лаборант	Лабораторна імунологія
33. Лікар-інфекціоніст дитячий	Дитячі інфекційні хвороби
34. Лікар-інфекціоніст	Інфекційні хвороби
35. Лікар-інтерн	Відповідна спеціальність
36. Лікар-кардіолог	Кардіологія
37. Лікар-кардіоревматолог дитячий	Дитяча кардіоревматологія
38. Лікар-комбустіолог	Комбустіологія
39. Лікар з комунальної гігієни	Комунальна гігієна
40. Лікар-лаборант	Клінічна лабораторна діагностика
41. Лікар-лаборант з клінічної біохімії	Клінічна біохімія
42. Лікар-лаборант-генетик	Генетика лабораторна
43. Лікар-лаборант-гігієніст	Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища
44. Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища	Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища
45. Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження фізичних факторів навколишнього середовища	Лабораторні дослідження фізичних факторів навколишнього середовища
46. Лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина
47. Лікар з лікувальної фізкультури	Лікувальна фізкультура
48. Лікар-методист	Організація і управління охороною здоров'я
49. Лікар-мікробіолог-вірусолог	Мікробіологія і вірусологія
50. Лікар-нарколог	Наркологія
51. Лікар-нарколог дільничний	Наркологія
52. Лікар-невропатолог	Неврологія
53. Лікар-невролог дитячий	Дитяча неврологія
54. Лікар-нефролог	Нефрологія
55. Лікар-нефролог дитячий	Дитяча нефрологія
56. Лікар-нейрохірург	Нейрохірургія
57. Лікар-онколог	Онкологія
58. Лікар-онколог дитячий	Дитяча онкологія
59. Лікар-ортопед-травматолог	Ортопедія і травматологія
60. Лікар-ортопед-травматолог дитячий	Дитяча ортопедія і травматологія
61. Лікар-отоларинголог	Отоларингологія
62. Лікар-отоларинголог дитячий	Дитяча отоларингологія
63. Лікар-отоларинголог-онколог	Онкоотоларингологія
64. Лікар-офтальмолог	Офтальмологія
65. Лікар-офтальмолог дитячий	Дитяча офтальмологія
66. Лікар-паразитолог	Паразитологія
67. Лікар-патологоанатом	Патологічна анатомія
68. Лікар-патологоанатом дитячий	Дитяча патологічна анатомія
69. Лікар-педіатр	Педіатрія
70. Лікар-педіатр дільничний	Педіатрія
71. Лікар-педіатр-неонатолог	Неонатологія
72. Лікар з променевої терапії	Променева терапія

73. Лікар приймальної палати (відділення)	Лікарська спеціальність за профілем підрозділу
74. Лікар-профпатолог	Професійна патологія
75. Лікар-психіатр	Психіатрія
76. Лікар-психіатр дільничний	Психіатрія
77. Лікар-психіатр дитячий	Дитяча психіатрія
78. Лікар-психіатр дитячий дільничний	Дитяча психіатрія
79. Лікар-психіатр підлітковий	Дитяча психіатрія
80. Лікар-психіатр підлітковий дільничний	Дитяча психіатрія
81. Лікар-психотерапевт	Психотерапія
82. Лікар-психофізіолог	Психофізіологія
83. Лікар-пульмонолог	Пульмонологія
84. Лікар-пульмонолог дитячий	Дитяча пульмонологія
85. Лікар пункту охорони здоров'я	Терапія
86. Лікар з радіаційної гігієни	Радіаційна гігієна
87. Лікар-радіолог	Радіологія
88. Лікар з радіонуклідної діагностики	Радіонуклідна діагностика
89. Лікар-рентгенолог	Рентгенологія
90. Лікар-ревматолог	Ревматологія
91. Лікар-рефлексотерапевт	Рефлексотерапія
92. Лікар-санолог	Санологія
93. Лікар зі спортивної медицини	Спортивна медицина
94. Лікар-сексопатолог	Сексопатологія
95. Лікар-статистик	Організація і управління охороною здоров'я
96. Лікар-стажист	Відповідна спеціальність
97. Лікар-стоматолог	Стоматологія
98. Лікар-стоматолог-терапевт	Терапевтична стоматологія
99. Лікар-стоматолог дитячий	Дитяча стоматологія
100. Лікар-стоматолог-хірург	Хірургічна стоматологія
101. Лікар-стоматолог-ортопед	Ортопедична стоматологія
102. Лікар-стоматолог-ортодонт	Ортодонтія
103. Лікар судновий	Суднова медицина
104. Лікар-судово-психіатричний експерт	Судово-психіатрична експертиза
105. Лікар-судово-медичний експерт	Судово-медична експертиза
106. Лікар-судово-медичний гістолог	Судово-медична гістологія
107. Лікар-судово-медичний імунолог	Судово-медична імунологія
108. Лікар-судово-медичний криміналіст	Судово-медична криміналістика
109. Лікар-судово-медичний цитолог	Судово-медична цитологія
110. Лікар-судово-медичний токсиколог	Судово-медична токсикологія
111. Лікар-сурдолог	Сурдологія
112. Лікар-токсиколог	Токсикологія
113. Лікар-терапевт	Терапія
114. Лікар-терапевт дільничний	Терапія
115. Лікар-терапевт цехової лікарської дільниці	Терапія
116. Лікар-терапевт підлітковий	Підліткова терапія
117. Лікар-трансплантолог	Трансплантологія
118. Лікар-трансфузіолог	Трансфузіологія
119. Лікар-уролог	Урологія

120. Лікар-уролог дитячий	Дитяча урологія
121. Лікар з ультразвукової діагностики	Ультразвукова діагностика
122. Лікар-фтизіатр	Фтизіатрія
123. Лікар-фтизіатр дільничний	Фтизіатрія
124. Лікар-фтизіатр дитячий	Дитяча фтизіатрія
125. Лікар-фізіотерапевт	Фізіотерапія
126. Лікар з функціональної діагностики	Функціональна діагностика
127. Лікар-хірург	Хірургія
128. Лікар-хірург дитячий	Дитяча хірургія
129. Лікар-хірург-онколог	Онкохірургія
130. Лікар-хірург судинний	Судинна хірургія
131. Лікар-хірург серцево-судинний	Хірургія серця і магістральних судин
132. Лікар-хірург торакальний	Торакальна хірургія
133. Лікар-хірург проктолог	Проктологія
134. Лікар швидкої медичної допомоги	Медицина невідкладних станів
135. Лікар з народної та нетрадиційної медицини	Народна та нетрадиційна медицина
136. Лікар з авіаційної та космічної медицини	Авіаційна та космічна медицина
137. Лікар-психолог	Медична психологія
138. Лікар-нейрохірург дитячий	Дитяча нейрохірургія

Професійна компетентність та обсяг загальних і спеціальних знань, практичних навичок і вмінь лікарів-спеціалістів визначається кваліфікаційними характеристиками.

Всі функції, обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються в лікувально-профілактичних закладах відповідно до конкретних умов їх діяльності.

Розмежування функцій залежить насамперед від участі лікувально-профілактичних закладів в наданні допомоги різного ступеня складності: первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої), від їх потужності, видів спеціалізованої допомоги, а також категорії, присвоєної ЛПЗ відповідною акредитаційною комісією.

Потужність стаціонару визначається кількістю ліжок, а поліклініки - кількістю відвідувань за зміну.

Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) розрізняють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу.

Первинна лікувально-профілактична допомога, як основна частина медико-санітарної допомоги, передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів.

Вторинна (спеціалізована) допомога передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.

Третинна (високоспеціалізована) допомога надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються.

В діючій системі охорони здоров'я первинна та вторинна лікувально-профілактична допомога надається в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях.

Третинну допомогу забезпечують спеціалізовані та багатопрофільні лікарні (обласні, центральні міські), діагностичні та медичні центри, диспансери.

Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про стан свого здоров'я.

Однією з обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є проведення *ліцензування та акредитації* лікувально-профілактичних закладів.

Ліцензуванню підлягають:

- усі лікувально-профілактичні заклади незалежно від форм власності;
- особи, що займаються індивідуальною медичною діяльністю;
- особи, які одержали дипломи цілителя та мають намір займатись народною медициною.

Основні завдання проведення *ліцензування та акредитації* полягають насамперед у визначенні можливостей і підтвердженні права лікувально-профілактичного закладу чи фізичної особи надавати медичну допомогу в обсязі та якості не нижче встановлених стандартів. Ця дія повинна забезпечити захист інтересів споживача медичної допомоги та послуг на державному рівні, що має бути основною метою управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів.

В Україні проводиться державна *акредитація закладів охорони здоров'я* для суттєвого підвищення якості медичної допомоги населенню та підготовки до введення страхової медицини. Цей захід передбачає також приведення мережі лікувально-профілактичних закладів у відповідність до наявних ресурсів охорони здоров'я.

Акредитації на першому етапі підлягають заклади та підрозділи первинної медико-санітарної допомоги.

Обов'язкова державна акредитація для всіх закладів охорони здоров'я, незалежно від форм власності, має проводитись раз на три роки. Вона передбачає надання державного дозволу на медичну діяльність і визначення міри відповідності установ або окремих осіб певним її видам.

Мета акредитації - офіційне визнання закладу на наявність у ньому умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги.

Акредитація закладів охорони здоров'я дозволяє визначити відповідність їх діяльності встановленим стандартам, нормам і правилам.

Вона є підтвердженням того, що певний заклад або фізична особа відповідають конкретним вимогам, які дозволяють їм здійснювати певні функції.

У майбутньому одержання того чи іншого рівня акредитації стане ще однією з передумов для укладання контракту зі страховою компанією.

В системі охорони здоров'я розробляють і застосовують різні види стандартів.

Стандарт - це чіткий перелік умов, котрих необхідно дотримуватись у процесі роботи з метою досягнення відповідного кінцевого результату.

Стандарти можуть бути обов'язковими для виконання на рівні закладу, території чи держави і після затвердження дозволяють захищати права пацієнтів, оскільки спрямовані на забезпечення хворому відповідного обсягу та якості допомоги, нижче рівня яких вона не повинна бути.

Стандарти якості організації медичної допомоги мають також захищати права медичних працівників і можуть визначати вид її надання, послідовність дій лікаря тощо.

Стандарти можуть описувати проведення медичних втручань з переліком необхідного інструментарію, визначати вимоги до обсягу та якості медичної допомоги з вказівкою строків лікування. Стандарти з вимогами до якості медичної допомоги та вартістю лікування називаються медико-економічними.

Для уніфікації медичної допомоги в стаціонарах розробляють стандарти медичних технологій, які містять перелік необхідних діагностичних і лікувальних заходів, відповідних обсягів, якості та тривалості лікування хворих з певними нозологічними формами.

При проведенні акредитації застосовують *стандарти акредитації* для оцінки управління, організації роботи, економічних та фінансових аспектів діяльності, метрологічного забезпечення, санітарно-епідемічного стану, якості лікувально-профілактичної допомоги в усіх підрозділах закладу.

Одночасно оцінюється діяльність всіх підрозділів лікувально-профілактичного закладу, тобто визначається якість функціонування ЛПЗ у цілому.

Рекомендації для працівників ЛПЗ стосовно акредитації представлені в "Стандартах акредитації лікувально-профілактичних закладів України", затверджених МОЗ України в 1998 році. Вони містять набір критеріїв щодо всіх сторін діяльності і мають допомагати закладам у підготовці до акредитації.

Висновки експертів після проведення акредитації є однією з передумов для подальшого покращання роботи.

При проведенні акредитації оцінюється відповідність ЛПЗ певному рівню лікувально-профілактичної допомоги, яка ним надається (первинному, вторинному, третинному).

Відповідно до стандартів проводиться оцінка діяльності закладу за бальною шкалою (стосовно кожної складової частини кожного розділу діяльності ЛПЗ). Визначається невідповідність виконання стандарту (0 балів), мінімальна відповідність (1 бал), часткова відповідність (2 бали), повна (3 бали).

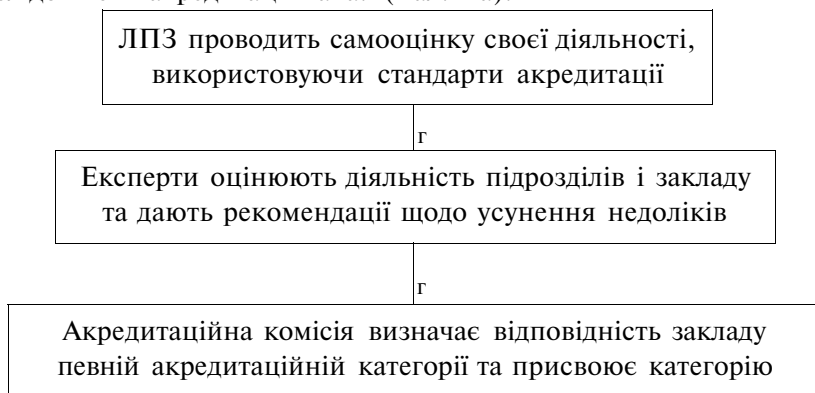
В багатьох стандартах ступінь відповідності визначається за принципом невідповідності (0 балів) або відповідності (3 бали).

За сумою набраних балів проводиться визначення категорії акредитації:

- Вища - сума набраних ЛПЗ балів становить 92 %.
- Перша - сума балів становить не менше 81 %.
- Друга - сума балів становить не менше 75 %.

Якщо ЛПЗ набрав менше 75 % від максимально можливої суми балів, тоді акредитаційний сертифікат не видається, а відповідний орган охорони здоров'я виносить рішення щодо доцільності подальшої діяльності закладу.

Послідовність акредитації така: (мал. 4а).



Мал. 4а. Етапи акредитації ЛПЗ.

Акредитацію обласних лікарень проводить Головна акредитаційна комісія при МОЗ України, закладів комунальної форми власності - відповідні комісії, які створюються МОЗ Автономної республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Для проведення акредитації та отримання сертифіката лікувально-профілактичний заклад, який зобов'язується надавати конкретні види медичної допомоги на відповідному рівні, подає до акредитаційної комісії документи, визначені діючим положенням (1998 р).

До обов'язкових документів, крім заяви, відносяться:

- Копія положення (статуту) закладу, засвідчена у нотаріальному порядку.
- Копія ордера або угоди на оренду приміщень, інші документи на право користування, в тому числі обладнанням, яке необхідне для надання лікувально-профілактичної допомоги.
- Відомості про чисельність працюючих спеціалістів та їх кваліфікаційна характеристика.
- Затверджена структура закладу охорони здоров'я.
- Висновок державного санітарно-епідеміологічного нагляду про епідемічний стан.
- Висновок державного протипожежного нагляду про стан пожежної безпеки.
- Висновок спеціалістів про стан техніки безпеки та експлуатації споруд.

- Фінансовий звіт за попередній рік, затверджений державним фінансовим органом.
 - Звіт закладу про участь у виконанні територіальних медичних програм.
 - Звіт про лікувальну роботу за останні три роки.
 - Аналіз діяльності щодо якості медичної допомоги та критерії її оцінки.
 - Звіт закладу про наукову та педагогічну діяльність (за умови її наявності).
 - Копії раніше виданих акредитаційних сертифікатів, якщо такі видавалися.
- Головна Акредитаційна комісія при МОЗ України може в разі потреби доповнити перелік документів.

Статут лікувально-профілактичного закладу має бути затверджений відповідним органом охорони здоров'я та зареєстрований місцевими органами влади.

Статут містить такі розділи:

- загальні дані;
- головна мета та основні завдання ЛПЗ;
- організаційна структура ЛПЗ;
- організація роботи ЛПЗ.

В ньому відображаються особливості організації роботи закладу, обумовлені його завданнями, типом, потужністю, структурою, контингентом, що обслуговується конкретним ЛПЗ.

Комісія повинна провести акредитацію в тримісячний термін.

Акредитація та ліцензування проводиться на підставі експертного аналізу стану кадрового, матеріально-технічного та нормативно-методичного забезпечення видів діяльності, які зобов'язуються надавати відповідний лікувально-профілактичний заклад або фізична особа (ліцензіат).

Комісія аналізує подані закладом документи та висновки експертів і приймає рішення щодо проведення чи відмови в акредитації та віднесення закладу до відповідної категорії (друга, перша, вища).

В разі позитивного рішення заклад охорони здоров'я отримує *сертифікат* встановленого зразка, до якого додається ліцензія з вказівкою конкретних видів допомоги, які він може надавати.

Ліцензія — державний документ, який дає власнику (ліцензіату) дозвіл на здійснення певної діяльності з урахуванням кваліфікації спеціалістів, їх післядипломної підготовки, а також діючих положень з сертифікації.

На сучасному етапі основний обсяг лікувально-профілактичної допомоги населенню України надається в лікарнях.

Лікарня — це заклад для постійного перебування пацієнтів з травмою, тим чи іншим захворюванням або підозрою на нього, в якому забезпечується короткочасне чи довготривале лікарське обслуговування, а саме - спостереження, встановлення діагнозу, лікування та відновлення працездатності.

Лікарня може забезпечувати тільки стаціонарну або стаціонарну та амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Спеціалізована лікарня — це заклад для надання стаціонарної допомоги хворим з однією певною патологією.

Багатопрофільна лікарня - це заклад, який забезпечує стаціонарною допомогою хворих з різними патологічними станами.

За діючою номенклатурою лікарні розрізняються за адміністративно-територіальним поділом (міські, районні, обласні), за профілем (багатопрофільні та спеціалізовані), за належністю до певного відомства (на водному транспорті - центральна басейнова, басейнова, портова; на залізничному транспорті - центральна дорожня, вузлова, лінійна), за категорією, що визначається кількістю лікарняних ліжок.

До *посадових осіб*, що беруть участь в управлінні лікарнею в містах, відносяться:

- головний лікар;
- завідувач поліклініки (у кожній поліклініці з кількістю лікарських посад до 20);
- заступник головного лікаря з поліклінічного розділу роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому замість посади завідувача поліклініки);
- заступник головного лікаря з медичної частини (при наявності не менше 300 ліжок у стаціонарі та не менше 40 лікарських посад у самостійній поліклініці);
- заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності (при числі посад лікарів амбулаторного прийому не менше 25);
- заступник головного лікаря з акушерсько-гінекологічної допомоги (в лікарні, яка має понад 100 ліжок цього профілю замість посади завідувача відділення);
- заступник головного лікаря з хірургічної допомоги (в лікарні на 800 і більше ліжок, яка має не менше 300 ліжок хірургічного профілю; якщо в лікарні немає заступника з акушерсько-гінекологічної допомоги, то акушерські та гінекологічні ліжка відносять до хірургічних);
- заступник головного лікаря з економічних питань (1 посада на ПО і більше ліжок).

До посадових осіб відносяться також:

- завідувач господарства,
- головна медична сестра лікарні чи поліклініки (в самостійних поліклініках з числом лікарських посад не менше 30).

Головний лікар за діючими положеннями відповідає за всю лікувально-профілактичну, адміністративно-господарчу та фінансову діяльність лікарні. Він проводить підбір і укомплектування штатів, планує роботу закладу, забезпечує створення належних умов для всієї лікувально-діагностичної роботи, проведення профілактичних заходів у районі діяльності лікарні, підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Заступник головного лікаря з поліклінічної роботи відповідає за лікувально-діагностичну та профілактичну діяльність поліклініки, організовує та контролює роботу всього персоналу. Він забезпечує також проведення

диспансеризації, своєчасне здійснення профілактичних та протиепідемічних заходів, контролює правильність заповнення облікових документів і дотримання лікарями встановленого порядку видачі листків непрацездатності, аналізує діяльність підрозділів і медичного персоналу поліклініки, вивчає захворюваність населення.

Заступник головного лікаря з медичної частини безпосередньо керує лікувально-допоміжними та діагностичними відділеннями стаціонару, відповідає за організацію та якість лікувально-діагностичного процесу в стаціонарі, за ведення облікової документації, проведення експертизи тимчасової непрацездатності, за дотримання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил, аналізує діяльність підрозділів стаціонару.

Заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності відповідає за організацію та здійснення всіх заходів щодо проведення експертизи. Він контролює обґрунтованість і правильність видачі та продовження листків непрацездатності, аналізує захворюваність з тимчасовою втратою працездатності на прикріплених до поліклініки підприємствах і строки видачі листків непрацездатності. Ця посадова особа вивчає випадки розходжень експертних рішень лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) і медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

Заступник головного лікаря з економічних питань здійснює керівництво фінансово-господарчою діяльністю, забезпечує раціональний розподіл коштів на утримання та розвиток лікувально-профілактичного закладу, контролює ефективність використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Завідувач господарства забезпечує постачання лікарні господарським інвентарем і спеціальним обладнанням, білизною, продуктами харчування, відповідає за транспорт, проведення ремонту, за освітлення, опалення, роботу харчового блоку.

Головна медична сестра лікарні безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступникові з медичної частини. Вона організовує та контролює роботу середнього та молодшого медичного персоналу, за допомогою лікарів здійснює заходи щодо підвищення його кваліфікації, очолює Раду медичних сестер лікарні, контролює правильність обліку, розподілу та зберігання медикаментів, перев'язувального матеріалу.

Лікувально-профілактична допомога надається також у *самостійних поліклініках*, мережа яких поступово зростає. Тенденція до подальшого збільшення останніх зберігається, що пов'язано з підвищенням ролі позалікарняної допомоги в умовах реорганізації фінансування охорони здоров'я. Збільшення кількості самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів пов'язане також з багатокладністю галузі, до системи якої входять державні, змішані та приватні заклади.

Державні заклади повинні реально забезпечувати гарантований безкоштовний мінімум медичного обслуговування, їх діяльність фінансується з відповідного бюджету.

При створенні *змішаних закладів* їх працівники орендують у відповідних органів управління чи державних закладів приміщення та обладнання, а їх праця оплачується за рахунок коштів пацієнтів. Природно, що частина зароблених коштів перераховується державі як орендна плата.

Приватні заклади повністю повинні фінансуватися за рахунок пацієнтів.

Лікувально-профілактичні заклади та особи, які мають право надавати лікувально-профілактичну допомогу, можуть здійснювати її на основі *контрактів*, що можуть укладатися з :

- місцевою адміністрацією;
- страховою організацією;
- іншими закладами та особами, які надають медичну допомогу;
- підприємствами, закладами та організаціями (на додаткове медичне обслуговування працюючих і членів їх сімей).

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте організаційні принципи лікувально-профілактичної допомоги.
2. Перелічіть види лікувально-профілактичної допомоги та заклади, що її надають.
3. Вкажіть фактори, що визначають потребу в стаціонарній допомозі (в т.ч. у спеціалізованій).
4. Які чинники впливають на формування потреби в медичному персоналі?
5. Охарактеризуйте види лікувально-профілактичної допомоги за ступенем складності та вкажіть, у яких основних ЛПЗ надається той чи інший вид допомоги.
6. Чим визначається значення ліцензування та акредитації лікувально-профілактичних закладів?
7. Охарактеризуйте методику акредитації ЛПЗ.
8. Перелічіть посадові особи, які беруть участь в управлінні лікувально-профілактичними закладами, та вкажіть, у чому полягають їх завдання.

6.2. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню

Цей вид допомоги, як найбільш масовий та соціально значущий, займає провідне місце в медичному забезпеченні населення. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається переважно в амбулаторіях і поліклініках.

Амбулаторія - заклад, який надає медичну допомогу хворим з однієї або кількох основних лікарських спеціальностей.

У *поліклініці* надається допомога з багатьох спеціальностей.

Як у амбулаторіях, так і в поліклініках здійснюється лікування хворих при звертанні в ці заклади, а також проводиться профілактична робота. Крім того, вони надають медичну допомогу хворим і вдома.

Поліклініка відрізняється від амбулаторії обсягом і рівнем лікувально-профілактичної допомоги, в останній її забезпечують лікарі основних 4-5-и спеціальностей. В амбулаторіях можуть також надавати допомогу тільки сімейні лікарі (лікарі загальної практики).

Значення поліклінік і амбулаторій визначається їх наближеністю до населення, а також можливістю оптимальної участі у медичному забезпеченні переважної більшості населення.

Ці заклади займають чільне місце в профілактичній роботі системи охорони здоров'я, їх працівники виявляють фактори ризику серед відповідних контингентів, інфекційні і соціально значущі захворювання.

Робота амбулаторій та поліклінік відчутно впливає на діяльність інших закладів охорони здоров'я - лікарень, служби швидкої допомоги. Зокрема від ефективної роботи цієї ланки медичної допомоги суттєво залежать рівень та тривалість тимчасової втрати працездатності, частота ускладнень захворювань і наслідки їх перебігу, рівень госпіталізації, тривалість перебування хворих у стаціонарах і взагалі раціональне використання ліжок, а також в значній мірі оцінка населенням діяльності усєї системи охорони здоров'я.

Основні завдання міської поліклініки:

- надання первинної та спеціалізованої кваліфікованої медичної допомоги амбулаторно та вдома;
- проведення диспансерного спостереження за різними контингентами;
- проведення лікарської експертизи працездатності;
- організація та проведення профілактичних заходів, включаючи і проти-епідемічні;
- гігієнічне виховання населення;
- вивчення показників здоров'я населення.

В період реформування системи охорони здоров'я робота поліклініки повинна бути спрямована на суттєве підвищення якості лікування населення, повне комплексне обстеження його соціально значущих груп, повноцінну реабілітацію.

Всі ці заходи сприятимуть зменшенню сучасного досить високого рівня госпіталізації і забезпечать направлення хворих на стаціонарне лікування у випадках крайньої необхідності.

Основні розділи роботи поліклініки:

- профілактична, включно з протиепідемічними заходами;
- лікувально-діагностична;
- організаційно-методична.

До *профілактичних заходів* відносяться як суто профілактичні (первинні), так і потенційно-профілактичні (вторинні).

Первинні заходи:

- щеплення;
- гігієнічне виховання населення;
- диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику;
- санітарно-протиепідемічні заходи.

Вторинні заходи:

• своєчасне виявлення інфекційних захворювань і повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію;

• організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та одужуючими;

• організація поточної дезінфекції.

Лікувально-діагностична робота включає:

• раннє виявлення захворювань та повноцінне своєчасне обстеження хворих;

• лікування хворих в поліклініках і вдома, в тому числі в стаціонарах удома із застосуванням відповідного комплексу методів відновлювального лікування;

• надання невідкладної медичної допомоги при раптовому порушенні стану здоров'я хворого;

• обстеження, відбір і направлення хворих на госпіталізацію;

Управління

Міська поліклініка

Господарча частина

Реєстратура

Кабінет
долікарського
прийому

Відділення
профілактики

Лікувально-допоміжні
відділення
(фізіотерапевтичне,
ЛФК, рефлексотерапії)

Лікувально-
профілактичні
підрозділи
(відділення чи
кабінети з 18-20
спеціальностей)

Інші підрозділи

Кабінет
невідклад
ної
допомоги

Кабінет
обліку та
медичної
статистики

Діагностичні підрозділи
(рентгенівське відділення,
лабораторія, відділення
(кабінети) функціональної
діагностики,
ендоскопічний кабінет,
кабінет ультразвукового
дослідження)

Госпрозра-
хункове
відділення

Денний стаціонар

Мал. 5. Структура міської поліклініки.

- відбір і обстеження хворих для санаторно-курортного лікування;
- проведення експертизи тимчасової втрати працездатності;
- відбір і направлення хворих з ознаками стійкої втрати працездатності до медико-соціальних експертних комісій.

Організаційно-методична робота включає:

- аналіз стану здоров'я населення;
- оцінку діяльності поліклініки, її підрозділів і персоналу;
- впровадження в практику нових ефективних методів і засобів профілактики, діагностики, лікування, а також організаційних форм і методів роботи;
- організацію та забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу (направлення на післядипломну підготовку та стажування в стаціонарах, проведення науково-практичних конференцій і семінарів).

До складу поліклініки входять такі підрозділи (мал. 5).

Згідно з наказом МОЗ України №127 від 21.05.1998 р. замість кабінетів обліку та медичної статистики створюються *інформаційно-аналітичні відділення*.

Для забезпечення прийому населення в поліклініці та надання медичної допомоги вдома *посади лікарів* у містах із населенням понад 25 тисяч у міських поліклініках, які входять до складу міських лікарень (медико-санітарних частин зі стаціонаром), встановлюються згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. (табл. 4).

Таблиця 4

Штатні нормативи лікарів у міських поліклініках

Найменування посад	Кількість посад на 10 тис. дорослого (15 років і старше) міського населення, прикріпленого до поліклініки
Лікар-терапевт дільничний	5,9
Лікар-кардіолог	0,3
Лікар-ревматолог	0,15
Лікар-хірург	0,5
Лікар-ортопед-травматолог	0,4
Лікар-уролог	0,15
Лікар-отоларинголог	0,5
Лікар-невропатолог	0,5
Лікар-офтальмолог	0,5
Лікар-ендокринолог	0,3
Лікар-інфекціоніст	0,2
Лікар-алерголог, імунолог	0,02
Лікар-гастроентеролог	0,25
Лікар-пульмонолог	0,15

Якщо в складі поліклініки є дерматовенерологічні, онкологічні чи фтизіатричні кабінети (відділення), то для прийому хворих того чи іншого профілю вводяться штати лікарів-спеціалістів, які визначаються за штатними нормативами відповідного кабінету (відділення).

Слід зазначити, що з удосконаленням первинної медико-санітарної допомоги та запровадженням загальної практики (сімейної медицини) співвідношення різних спеціалістів буде змінюватися і забезпеченість населення лікарями окремих спеціальностей зменшиться, оскільки сімейні лікарі мають забезпечувати більше 80 % всіх звертань за амбулаторною допомогою.

Ефективність діяльності поліклініки залежить від правильної організації роботи всіх її підрозділів і медичного персоналу. Це стосується насамперед розробки оптимальних графіків роботи, регулювання потоку відвідувачів, чим займаються насамперед керівні посадові особи, а також реєстратура, долікарський кабінет і самі лікарі.

Завдання реєстратури:

- довідково-інформаційне забезпечення;
- попередній та невідкладний запис на прийом і викликів додому - телефонних та за безпосередніми заявками пацієнтів;
- регулювання інтенсивності потоку людей (направлення при потребі до долікарського кабінету, до відділення профілактики тощо) з метою створення рівномірного навантаження лікарів;
- оформлення та зберігання медичної документації;
- своєчасний підбір і доставка до лікарських кабінетів медичної документації, зокрема карт амбулаторних хворих (якщо вони зберігаються в поліклініці, а не у жителів).

Медичні карти в поліклініці можуть зберігатися за алфавітно-номерною системою, за дільницями та номерами медичних карт амбулаторного хворого, інколи за вулицями, номерами будинків і квартир.

Важливе значення мають заходи для зменшення черг до реєстратури, зокрема через раціональне укомплектування штатів реєстраторів, розподіл їх функцій щодо ведення запису та підбору медичних документів.

Зменшенню черг сприяє наявність вичерпної довідкової інформації (з визначенням дислокації дільниць, прізвищ лікарів, годин їх прийому, розміщення кабінетів, робочого дня поліклініки, лікувальних, діагностичних кабінетів і лабораторій, системи викликів лікаря додому тощо). Потрібно також організувати попередній телефонний запис та самозапис до лікарів на всі дні тижня, прийом викликів додому по телефону з урахуванням графіків роботи підрозділів і конкретних спеціалістів.

Безпосередні обов'язки кожного з реєстраторів визначає завідувач реєстратури. Посади медичних реєстраторів устанавлюються з розрахунку однієї на 10 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

Графік роботи лікарів поліклініки має бути:

- змінним;
- фіксованим за початком прийому кожного дня тижня;
- динамічним за його тривалістю, що залежить від необхідності виділення часу для обслуговування викликів додому та для профілактичної роботи, від сезонного збільшення певних захворювань тощо.

Змінний графік передбачає роботу лікаря в різні години протягом днів тижня. Це дозволяє населенню звертатися до лікаря в час, вільний від роботи.

Значна частина відвідувань поліклініки припадає на початок тижня та першу половину дня, що слід враховувати насамперед лікарям при плануванні часу повторних і диспансерних відвідувань.

З метою зменшення кількості необгрунтованих відвідувань лікарів у поліклініках працюють *долікарські кабінети*, завданням яких є видача направлень на обстеження, заповнення паспортної частини в направленні на медико-соціальну експертну комісію, санаторно-курортної картки, вимірювання артеріального тиску. До роботи в долікарських кабінетах залучаються досвідчені медичні сестри.

В значній більшості випадків населення звертається насамперед до дільничного лікаря, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню за дільнично-територіальним принципом. *Суть* його полягає в спостереженні за закріпленими контингентами територіальної дільниці, наданні їм кваліфікованої лікарської допомоги.

Для *дотримання дільничного принципу* потрібні такі умови:

- оптимальна чисельність населення дільниці;
- укомплектованість поліклініки дільничними лікарями;
- наявність і дотримання змінного графіка роботи лікарів;
- правильна організація роботи реєстратури.

Дільничний терапевт насамперед забезпечує первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), проте його функції у її наданні звужені порівнянно з тими, що має виконувати сімейний лікар (лікар загальної практики), який надає пацієнтам різнопрофільну лікувально-профілактичну допомогу та допомагає їм у вирішенні медичних та соціальних проблем.

Дільничний терапевт проводить прийом хворих у поліклініці, відвідує їх удома за викликами чи з власної ініціативи, забезпечує диспансерне спостереження за контингентами, що його потребують, здійснює експертизу працездатності.

При проведенні прийому хворих у поліклініці лікар з'ясовує дані анамнезу, проводить фізикальне та інструментальне обстеження, дає рекомендації, здійснює експертизу працездатності, робить відповідні записи в медичній карті амбулаторного хворого.

Крім своєчасного виявлення порушень стану здоров'я та надання певної медичної допомоги населенню своєї дільниці лікар повинен, у разі потреби, надати екстрену допомогу при раптових погіршеннях стану, травмах незалежно від місця проживання пацієнтів.

До обов'язків дільничного терапевта входить також організація, в разі необхідності, своєчасної госпіталізації хворих після всебічного обстеження їх у поліклініці.

Якщо хворому потрібна консультація завідувача відділення чи інших лікарів-спеціалістів, то терапевт повинен її призначити та зробити все необхідне для своєчасного проведення.

Значне місце в роботі дільничного терапевта займає профілактична робота (профілактичні огляди, диспансеризація окремих груп населення, гігієнічне виховання тощо).

На дільничного терапевта покладені обов'язки своєчасного виявлення інфекційних захворювань та повідомлення про це в санітарно-епідеміологічну станцію. Він також організовує ізоляцію хворих і поточну дезінфекцію в осередку інфекційного захворювання, забезпечує лікування хворих удома, спостереження за контактними, проводить (чи організовує) диспансерне спостереження за одужуючими.

Підвищення якості медичної допомоги значною мірою залежить від можливостей її надання вдома. На обсяг цієї допомоги впливають склад населення за віком і статтю, особливості захворюваності, можливість проведення лабораторних та інструментальних досліджень удома, своєчасність надання допомоги та якість лікування, територіальне розташування дільниць.

Після відвідування хворого вдома в день надходження виклику лікар у подальшому може при необхідності відвідувати його за своєю ініціативою (активне відвідування). Після покращання стану здоров'я хворого направляють на відповідні процедури чи на повторне обстеження до поліклініки.

При потребі лікар організовує його лікування в умовах домашнього стаціонару, залучаючи для цього дільничну медичну сестру, яка виконує відповідні призначення, спостерігає за станом здоров'я пацієнта.

Здійснюючи організаційно-методичну роботу, дільничний терапевт вивчає та аналізує стан здоров'я населення, показники своєї роботи.

Штати дільничних медичних сестер встановлюються з розрахунку 1,5 посади на кожну посаду дільничного терапевта (наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р.).

Дільнична медична сестра допомагає лікарю під час амбулаторного прийому - готує робоче місце, перевіряє наявність необхідної документації та надходжень медичних карток амбулаторного хворого з реєстратури (якщо ці документи зберігаються в картотеці поліклініки), при потребі вимірює артеріальний тиск, проводить термометрію, пояснює хворим порядок підготовки до лабораторних та інструментальних досліджень тощо. Вона також заповнює під контролем лікаря облікову медичну документацію (статистичні талони для реєстрації заключного діагнозу чи талони амбулаторного пацієнта, екстрені повідомлення про інфекційне захворювання, довідки про тимчасову непрацездатність), виписує направлення на діагностичні обстеження тощо.

Організація та якість роботи дільничного персоналу значною мірою формує думку населення про медичну допомогу взагалі. Ефективна діяльність цієї ланки амбулаторно-поліклінічної допомоги відчутно впливає на задоволення потреби в медичному забезпеченні.

На обсяг і якість роботи лікаря впливають нерівномірність навантаження, звертання частини таких пацієнтів, яким на момент звертання допомога лікаря не потрібна.

Нерівномірність навантаження визначається сезонними особливостями захворювань терапевтичного профілю, коливаннями кількості відвідувань у різні дні тижня та години протягом доби.

Складні та відповідальні функції дільничної служби потребують планування та координації її взаємодії з різними підрозділами поліклініки. Цю роботу забезпечує *завідувач терапевтичного відділення*.

Його посада вводиться при наявності в поліклініці 6,5-9 посад лікарів-терапевтів (замість 0,5 посади лікаря). Якщо в штаті більше 9 лікарів-терапевтів, посада завідувача встановлюється понад ці посади, і в такому випадку він займається тільки своїми прямими управлінськими функціями.

При введенні посади завідувача в інших відділеннях число посад лікарів-спеціалістів певного профілю може відрізнятись. Наприклад, в отоларингологічних, офтальмологічних і неврологічних відділеннях посада завідувача вводиться при кількості лікарів відповідних спеціальностей не менше 3,0 (замість 0,5 посади лікаря).

Завідувач терапевтичного та інших відділень поліклініки здійснює керівництво діяльністю всього персоналу, відповідає за обсяг і якість лікувально-профілактичної роботи та діагностичного процесу.

Він забезпечує:

- надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги хворим у поліклініці та вдома;
- складання оптимальних графіків роботи персоналу відділення;
- контроль за обсягом, якістю діагностики та лікування;
- участь у проведенні експертизи тимчасової непрацездатності та контроль за її якістю;
- впровадження в практику сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та організації праці;
- своєчасне виявлення та лікування інфекційних хворих;
- планову госпіталізацію хворих;
- контроль за повнотою та якістю ведення облікових документів;
- складання планів і звітів;
- організацію підвищення кваліфікації медичного персоналу відділення.

Важливим структурним підрозділом поліклініки є *відділення профілактики*.

Його основні завдання:

- проведення профілактичних медичних оглядів з метою раннього виявлення хворих і осіб з високим ризиком захворювань;
- організація, облік і контроль за проведенням диспансеризації;
- участь у розробці заходів первинної і вторинної профілактики;
- пропаганда гігієнічних знань.

У цьому відділенні на постійній основі працює переважно середній медичний персонал. Керує його роботою завідувач відділення - лікар-терапевт, посада якого встановлюється в поліклініці, яка обслуговує 30 тисяч і більше дорослого населення (замість 0,5 посади лікаря).

До роботи у відділенні профілактики залучають лікарів інших спеціальностей, виділяючи в їх графіку певний час для проведення профілактичних оглядів.

Якщо на базі поліклініки розміщена жіноча консультація, тоді профілактичні огляди жінок забезпечує вона. В іншому випадку в структурі поліклініки є *оглядовий кабінет*, для роботи в якому виділяється одна посада акушерки в зміну на 30 тисяч дорослого міського населення. Вона має бути підготовлена за фахом з онкології, гінекології та проктології.

Основними завданнями акушерки є:

- проведення оглядів жінок заїх згодою (незалежно від віку та хвороби), що вперше протягом року звернулися до поліклініки, з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень;
- обов'язкове взяття мазків з піхви та цервікального каналу, відправлення їх до цитологічної лабораторії;
- направлення осіб з виявленою патологією до відповідних спеціалістів.

У складі відділення профілактики може діяти, як структурна одиниця, *чоловічий оглядовий кабінет*. У ньому працює фельдшер, підготовлений за фахом з онкології, урології та проктології.

Метою створення такого кабінету, як і оглядового жіночого, є виявлення передпухлинних захворювань і новоутворень.

Діяльність відділення профілактики сприяє реалізації *диспансерного методу*, сутністю якого є:

- активне виявлення контингентів, які підлягають диспансеризації, та взяття їх на облік;
- повне комплексне обстеження осіб, які цього потребують;
- активне лікування;
- динамічне спостереження за станом здоров'я;
- надання рекомендацій щодо працевлаштування;
- розробка та проведення заходів профілактики захворювань і запобігання ускладнень.

Завдання диспансеризації:

- збереження здоров'я здорових;
- раннє виявлення факторів ризику та початкових форм захворювань;
- повноцінне обстеження та лікування хворих, оздоровлення осіб групи ризику;
- зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідності;
- підвищення продуктивності праці.

Виконання цих завдань спрямоване на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Контингенти диспансеризованих поділяються на 2 групи: перша - здорові і особи з факторами ризику, друга - хворі.

Відбір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і соціальними показаннями.

До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за *медичними показаннями*, відносяться:

- особи, що мають фактори ризику;
- хворі на окремі хронічні захворювання;
- особи, які часто і тривало хворіють.

За *соціальними показаннями* диспансерному спостереженню підлягають:

- особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці;
- працівники харчових, комунальних і дитячих закладів;
- вчителі загальноосвітніх шкіл;
- особи з факторами ризику соціального характеру.

Здійснення диспансеризації потребує певної послідовності (мал. 6).

Виявлення та формування контингентів для
диспансерного спостереження

Облік контингентів диспансеризованих

Комплексне обстеження осіб, що підлягають
диспансеризації

Диспансерне спостереження та оздоровлення
відповідних контингентів

Оцінка ефективності диспансеризації та проведення
організаційно-методичних заходів покращання її
організації та якості

Мал. 6. Етапи диспансеризації.

На ефективність диспансерного спостереження впливають:

- застосування всіх необхідних методів профілактики, діагностики та лікування;
- координація діяльності лікарів відповідних спеціальностей;
- виконання пацієнтами рекомендацій лікаря;
- належні соціально-економічні умови життя та праці.

Відбір контингентів для диспансерного спостереження проводиться за допомогою:

- звертань до лікувально-профілактичних закладів;
- масових та індивідуальних профілактичних оглядів;
- обстежень осіб, контактних з інфекційними хворими.

В лікувально-профілактичних закладах проводяться цільові, попередні та періодичні медичні огляди.

Цільові медичні огляди проводяться для виявлення деяких захворювань на ранніх стадіях (туберкульозу, новоутворень і т.ін.).

Попередні медичні огляди проводяться з метою обстеження певних контингентів при прийомі на роботу, навчання.

Відповідно до статті 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992 рік) Кабінет Міністрів України Постановою № 532 від 5 серпня 1994 року затвердив перелік категорій населення, які щороку проходять *обов'язкові медичні огляди за рахунок бюджетних коштів*:

- підлітки віком 15-17 років;
- учні системи профтехосвіти;
- студенти вищих навчальних закладів;
- ветерани війни; особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною;
- ветерани праці; особи, які мають особливі трудові заслуги перед Батьківщиною;
- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Проведення медичних оглядів осіб, що працюють на харчових підприємствах, підприємствах санітарно-гігієнічного обслуговування населення, в лікувально-профілактичних закладах та інших підприємствах, а також водіїв індивідуальних транспортних засобів здійснюється за господарчим розрахунком чи за рахунок спеціальних коштів. Для цього в штаті однієї з поліклінік міста (міського адміністративного району), на яку покладено цю роботу, встановлюються посади лікарів (терапевта та ін.) із розрахунку одна посада сумарно на 5000 осіб, що підлягають обов'язковому медичному огляду.

Профілактичні огляди бувають індивідуальними і масовими. Масові огляди (періодичні та цільові) проводяться серед організованих груп населення. Форми їх проведення для різних груп населення можуть бути різними за частотою і складом лікарів.

Після медичного огляду проводиться аналіз його результатів, оглянуті отримують необхідні рекомендації. За оцінкою стану здоров'я вони розподіляються на відповідні *групи здоров'я*.

До I групи - здорових - відносять осіб, що не мають у анамнезі хронічних захворювань або порушень функцій окремих органів і систем. При обстеженні у них не знайдено відхилень від норми.

До II групи - практично здорових - включають осіб, які в анамнезі мають гостре чи хронічне захворювання, яке не впливає на функції життєво важливих органів і на працездатність.

До III групи належать хворі на хронічні захворювання. Їх розподіляють на хворих із:

- компенсованим перебігом захворювання, нетривалими втратами працездатності;
- субкомпенсованим перебігом, частими загостреннями та тривалими втратами працездатності;
- декомпенсованим перебігом, стійкими патологічними змінами, що призводять до інвалідності.

В поліклініці проводиться реабілітація хворих і тих, що одужують. В її проведенні в переважній більшості випадків задіяна система первинної медико-санітарної допомоги.

Згідно з визначенням комітету експертів ВООЗ під *реабілітацією* розуміють процес, метою якого є запобігання інвалідності в період лікування захворювань і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він спроможний при наявному захворюванні.

Ефективність реабілітації значною мірою залежить від комплексного підходу до її проведення. В ній беруть участь різні відомства та служби (законодавчі, адміністративні, освітні, профспілкові), але закладам охорони здоров'я належить провідна роль.

Розрізняють *соціальну, професійну та медичну реабілітацію*.

Основними завданнями *соціальної реабілітації* є адаптація до самообслуговування та умов життя в суспільстві, допомога у виборі нової професії. Поняття соціальної реабілітації включає соціально-правову допомогу в зв'язку з захворюванням чи інвалідністю, допомогу в працевлаштуванні, у виборі нової професії, побутову реадaptaцію.

Професійна реабілітація включає лікарсько-трудова та психологічну експертизу, професійне навчання, працевлаштування.

Основним завданням *медичної реабілітації* (відновлювального лікування), яка технологічно спрямована на вторинну профілактику, є максимальне відновлення працездатності людини. Її потребують переважно особи працездатного віку з метою відновлення працездатності та самообслуговування, запобігання інвалідності.

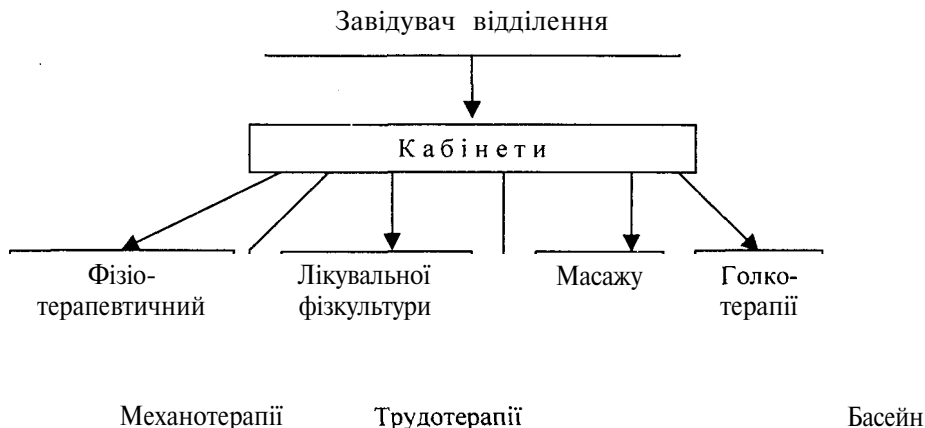
Серед контингентів, яким необхідна медична реабілітація, перше місце займають хворі з тимчасовою втратою працездатності (більше 60 %). 22,2 % становлять особи зі стійкою непрацездатністю. Хворі з тяжкими захворюваннями, що не можуть себе обслуговувати, становлять 5,3 % і понад 6 % припадає на контингенти, що потребують перегляду групи інвалідності.

Значну питому вагу серед пацієнтів, що потребують медичної реабілітації, складають хворі терапевтичного профілю (майже половина), а також неврологічного, хірургічного, травматологічного та інших профілів.

До *методів медичної реабілітації* відносять:

- лікувальну фізкультуру;
- фізіотерапію;
- психотерапію;
- механотерапію;
- трудотерапію.

Відновлювальне лікування проводиться у відповідному відділенні, до складу якого входять різні кабінети (мал. 7).



Мал. 7. Структура відділення відновлювального лікування.

Направляють хворих до відділення завідувачі структурних підрозділів поліклініки, а прийом і лікування проводять лікарі-спеціалісти (кардіологи, терапевти, невропатологи, травматологи-ортопеди).

Ефективне відновлювальне лікування неможливе без дотримання таких умов: своєчасний початок, використання комплексу необхідних методів, наступництво та безперервність, індивідуальний підхід до організації та проведення всієї програми лікування.

В його проведенні, крім амбулаторно-поліклінічних закладів, беруть участь багатопрофільні та спеціалізовані стаціонари, санаторно-курортні заклади.

Поліклініка разом із СЕС проводить комплекс *протиепідемічних заходів*, у здійсненні яких беруть участь усі лікувально-діагностичні підрозділи і насамперед дільнична служба.

Повноцінній протиепідемічній роботі сприяє діяльність *кабінету інфекційних захворювань*, а саме:

- забезпечення своєчасного виявлення інфекційних захворювань і організація їх лікування;
- надання консультативної допомоги хворим з метою уточнення діагнозу, вирішення питання про місце лікування, призначення лікування та визначення профілактичних заходів;

- надання консультативної допомоги лікарям з діагностики та лікування інфекційних захворювань;
- організація профілактичних щеплень;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу з питань інфекційної патології;
- аналіз інфекційної захворюваності;
- розробка заходів профілактики інфекційних хвороб.

Лікар кабінету інфекційних захворювань, окрім лікувально-діагностичної роботи, забезпечує диспансерне спостереження за реконвалесцентами, облік хворих, бактерію- і паразитозів, організацію та аналіз ефективності профілактичних щеплень, підвищення рівня знань лікарів різних спеціальностей з питань інфекційної патології, аналіз динаміки інфекційної захворюваності.

Дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах проводять *щеплення* згідно з порядком, встановленим Міністерством охорони здоров'я при наявності епідоказань, при від'їзді за кордон тощо.

За організацію і проведення щеплень несе відповідальність керівництво того закладу, в якому вони проводяться, а методичне керівництво та контроль здійснює санітарно-епідеміологічна станція.

Перед щепленням дільничний лікар-терапевт (сімейний лікар) попередньо оглядає особу, якій воно буде проведено, з метою виявлення протипоказань (захворювання, алергічні реакції та ін.).

Вакцинацію проти сказу та термінову специфічну профілактику правця проводять травматолог та хірург поліклініки.

Медичні працівники амбулаторно-поліклінічних закладів повинні володіти навичками техніки проведення щеплень і вміти надавати першу та невідкладну допомогу при ускладненнях. Для цього в кабінеті повинні бути медикаменти та інструменти для невідкладної терапії.

Для надання *медичної допомоги підліткам* (від 15 до 18 років), які проживають у районі діяльності поліклініки, виділяється лікар-терапевт підлітковий (одна посада на 2000 підлітків, яка вводиться замість 0,9 посади дільничного терапевта). В сучасний період медичне забезпечення цього контингенту може покладатися на дільничних педіатрів за умови зменшення чисельності дітей на педіатричних дільницях, що обумовлене зниженням народжуваності.

Зважаючи на постаріння населення, зміни в характері патології та існуючий рівень розвитку спеціалізованої медичної допомоги у великих містах, до складу поліклініки можуть включати кабінети: геріатричний, психотерапевтичний, для лікування хворих із статевими розладами та інші.

Для надання невідкладної допомоги хворим вдома та при звертаннях до поліклініки з 20-ої до 8-ої години, а також у вихідні дні в поліклініках працюють *пункти (відділення) невідкладної медичної допомоги*.

Їх основними завданнями є:

- надання медичної допомоги дорослому населенню при гострих захворюваннях і загостреннях хронічних хвороб;
- виклики бригади швидкої допомоги (в разі необхідності);
- при потребі госпіталізація хворих станцією швидкої допомоги;
- забезпечення наступництва між лікарями дільниць (сімейними) і лікарями-спеціалістами при проведенні лікування та спостереження за хворими;
- своєчасне повідомлення СЕС про випадки вперше виявлених інфекційних захворювань.

У цьому підрозділі *працює лікар-терапевт*, який надає медичну допомогу хворим. Йому допомагає фельдшер або медична сестра, до функцій яких відносяться:

- прийом і реєстрація телефонних викликів та звертань пацієнтів, а також лікарів поліклініки і станції швидкої допомоги;
- надання хворим при самозверненні долікарської медичної допомоги в разі відсутності лікаря;
- передача виклику при необхідності на станцію швидкої медичної допомоги;
- телефонна передача в СЕС екстреного повідомлення про інфекційне захворювання, даних у реєстратуру поліклініки про важкохворих для активного спостереження за ними лікарями дільниць (сімейними);
- підготовка необхідних матеріалів та інструментів.

Працівники даного підрозділу забезпечують надання медичної допомоги хворим за їх викликами, а також у випадках передачі викликів станцією швидкої медичної допомоги. Крім того, частина виїздів пов'язана з виконанням призначених медичних процедур.

Ефективність роботи поліклініки значною мірою залежить від злагодженої діяльності всіх її підрозділів і медперсоналу. Важливу роль у наданні лікувально-профілактичної допомоги належного рівня відіграє робота лікарів усіх спеціальностей, які мають забезпечити діагностику, повноцінне лікування та реабілітацію переважної частини хворих у поліклініці, диспансеризацію, проведення експертизи працездатності та профілактичних оглядів.

Значна участь лікарів-спеціалістів у первинному обслуговуванні хворих є одним із недоліків позалікарняної допомоги на сучасному етапі. При реформуванні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини буде відбуватися поступова заміна лікарів-спеціалістів сімейними лікарями, відповідно зміниться їх співвідношення у штатному розкладі поліклінік.

Доцільним і можливим є також перенесення окремих видів лікувально-профілактичної допомоги зі стаціонарів до закладів первинної медико-санітарної допомоги. Цьому сприяє створення організаційних форм скорочення *стаціонаророзамінюючої медичної допомоги*, до яких відносяться:

- денні стаціонари в поліклініках;
- домашні стаціонари;
- лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування.

Мережа *денних* стаціонарів тільки за чотири роки (1996-1999 рр.) збільшилась з 1362 до 2767, кількість ліжок у них зросла з 16898 до 36311, а кількість пролікованих хворих досягла 1 млн, 47 тис. Крім того, в домашніх стаціонарах в 1999 році лікувалось 1 млн, 22 тис. хворих.

В *денний стаціонар* направляють хворих, здатних до активного пересування, при відсутності протипоказань для лікування в позалікарняних умовах і потреби суворого постільного режиму. В денних стаціонарах можна лікувати хворих у випадках:

- прийому деяких медикаментів, що потребує спостереження за станом пацієнта протягом певного часу;
- при внутрішньовенному крапельному введенні ліків;
- при підготовці хворого до складних діагностичних обстежень;
- при потребі в наданні невідкладної допомоги з приводу раптового погіршення стану під час перебування в поліклініці.

Організація денних стаціонарів в умовах впровадження економічного методу управління в охороні здоров'я дозволяє інтенсифікувати діяльність поліклініки, повніше задовольнити потреби населення в стаціонарній допомозі.

Робота цього підрозділу спрямована на активне планове оздоровлення та лікування диспансерних хворих, які часто та тривало хворіють, на скорочення термінів тимчасової непрацездатності в працездатному віці, проведення в поліклінічних умовах деяких діагностичних досліджень, на розширення обсягу хірургічних втручань. Все це сприяє раціональному використанню ліжкового фонду.

З огляду на потужність поліклініки і стаціонару та профілізацію стаціонарного ліжкового фонду для лікування хворих створюють денні стаціонари 1-2 профілів чи багатопрофільні.

До складу денного стаціонару входять такі кабінети та палати (мал. 8).

Завідувач відділення

Кабінет лікаря

Процедурний
кабінет

Палати

Кімната для
прийому їжі

Кабінет
психологічного
розвантаження та
відпочинку хворих

Мал. 8. Орієнтовна структура денного стаціонару.

Домашній стаціонар організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров'я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива.

Відбір для лікування проводить завідувач відповідного відділення поліклініки за представленням лікуючого лікаря, який забезпечує систематичне спостереження та надання кваліфікованої медичної допомоги, проведення необхідних досліджень, консультацій і заносить всі дані в медичну карту амбулаторного хворого.

Така форма надання медичної допомоги, як домашні стаціонари, потребує подальшого удосконалення. Для їх повноцінного функціонування слід забезпечити хворому кваліфікований сестринський догляд, необхідні дослідження, належні методи та методики лікування, соціальну підтримку, корекцію харчування тощо.

В разі погіршення стану здоров'я пацієнтів при лікуванні в домашніх чи денних стаціонарах, їх терміново госпіталізують у стаціонарні відділення лікарні.

При лікуванні в денних і домашніх стаціонарах слід використовувати всі можливості лікувально-діагностичних підрозділів відповідного закладу.

Для своєчасного оздоровлення хворих, поліпшення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності, підвищення економічної ефективності, а також з метою раціонального використання різних структур лікувально-профілактичних закладів в останні роки здійснюється переорієнтація і розширення обсягу надання кваліфікованої допомоги саме в поліклінічній ланці, а не в стаціонарі.

Прикладом може бути *організація відділень (центрів) хірургії одного дня*, дія яких регламентована наказом МОЗ України № 127 від 03.06.93 р. В наказі затверджені перелік, види, обсяг лікувально-діагностичної допомоги і перераховані конкретні операції за профілями: загальна хірургія (хірургічна обробка ран, видалення доброякісних пухлин шкіри, сторонніх тіл тощо); офтальмологія (видалення папілом і атером, виправлення заворотів і виворотів повік) і таке інше.

Перелік операцій може змінюватися залежно від умов оснащення та кваліфікації лікарів.

Такі підрозділи вже працюють у Києві, Львові, Житомирі та інших містах.

Відділення (центри) хірургії одного дня, як нові форми організації медичної допомоги хворим хірургічного профілю, створюються при поліклініках чи лікарнях залежно від місцевих умов.

Відбираючи хворих для надання хірургічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, враховують їх супутню патологію, стан нервової системи, рівень житлово-побутових умов.

Після її надання слід забезпечити подальше медичне спостереження, навчити рідних у разі необхідності догляду за хворим у післяопераційний період.

При потребі хворих госпіталізують у післяопераційне відділення стаціонару.

В умовах медичного районування, притаманного великим містам, сучасні поліклініки надають багатопрофільну *спеціалізовану медичну допомогу*, обсяг якої залежить від їх потужності, розподілу спеціалізованих відділень і спеціалістів.

До спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги відноситься *кардіологічна*, вагомість якої визначається винятковим впливом хвороб системи кровообігу на формування показників здоров'я.

Рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу в Україні високий, в структурі смертності вони посідають перше місце (більше 50 %).

Надання високоякісної кваліфікованої допомоги таким хворим забезпечують: науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії АМН України, Український науково-дослідний інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско, кардіологічні центри, диспансери, спеціалізовані відділення, кабінети в поліклініках, бригади станцій швидкої медичної допомоги.

Первинною ланкою надання допомоги є *кардіологічний кабінет* поліклініки, в якому працюють лікар-кардіолог, що пройшов підготовку з функціональної діагностики, в т.ч. з електрокардіографії, та медична сестра, яка володіє методикою реєстрації ЕКГ.

Його функції, види та обсяг діяльності регламентуються спеціальними наказами МОЗ України.

Основними завданнями кабінету є:

- надання на поліклінічному етапі спеціалізованої діагностичної та лікувальної допомоги хворим із захворюваннями системи кровообігу;
- направлення їх у разі необхідності до кардіологічних відділень, центрів;
- проведення організаційно-методичних заходів.

На консультацію до лікаря-кардіолога хворих направляють завідувач поліклініки, дільничні терапевти (сімейні лікарі) та інші спеціалісти.

Практику самозапису хворих на консультацію до кардіолога слід вважати необґрунтованою та недоцільною.

До лікаря-кардіолога направляють хворих із невстановленим або сумнівним діагнозом для вирішення питань щодо госпіталізації, направлення на медико-соціальну експертну комісію, після виписки із стаціонару, після лікування з приводу інфаркту міокарда та інших гострих і підгострих форм ішемічної хвороби серця, резистентних до проведеного лікування тощо.

Після консультації, уточнення діагнозу та призначення необхідного лікування хворі повертаються до лікаря, який при потребі знову направляє їх до кардіолога для подальшого лікування і диспансерного нагляду.

Лікар кардіологічного кабінету разом із терапевтами дільниць (сімейними лікарями) відбирає хворих для лікування в спеціалізованих кардіологічних відділеннях стаціонарів.

Він також направляє деяких хворих на долікування в місцеві санаторії (після гострого інфаркту міокарда, хірургічних втручань з приводу аневризми серця, аортокоронарного шунтування, з нестабільною стенокардією).

Після повернення зі стаціонару чи з реабілітаційного відділення санаторію кардіолог забезпечує їх подальше лікування та диспансерний нагляд.

Він координує та контролює діяльність ряду підрозділів поліклініки щодо виявлення та якісного обліку хворих із захворюваннями системи кровообігу, а також осіб з відповідними факторами ризику.

Слід зазначити, що в структурі захворюваності перше місце посідають хвороби органів дихання, а серед них ті, що мають хронічний перебіг, який впливає на погіршення стану здоров'я, знижує працездатність, збільшує навантаження на лікувально-профілактичні заклади, зумовлює нагальну потребу в удосконаленні медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю.

До закладів з надання *спеціалізованої пульмонологічної допомоги* відносяться: державний пульмонологічний центр, пульмонологічні відділення обласних та міських лікарень, пульмонологічні кабінети міських і районних лікарень.

Пульмонологічний кабінет у поліклініці забезпечує спеціалізовану лікувально-діагностичну допомогу при неспецифічних захворюваннях легень (НЗЛ).

Згідно з тимчасовою робочою клінічною класифікацією до НЗЛ відносяться: гострі та хронічні бронхіти та пневмонії, бронхіальна астма, інфекційна деструкція легень (абсцес і гангрена), бронхоектатична хвороба та плеврити.

Лікар пульмонологічного кабінету надає консультативну та методичну допомогу з питань попередження, своєчасного виявлення, лікування та диспансерного спостереження хворих на НЗЛ.

Він також проводить консультації, здійснює диспансерне спостереження та лікування хворих працездатного віку при хронічному бронхіті, хронічній пневмонії, бронхіальній астмі інфекційно-алергічного генезу, бронхоектатичній хворобі, впроваджує в практику найновіші методи профілактики, діагностики, лікування та підвищує кваліфікацію лікарів і середнього медичного персоналу.

Разом з лікарями дільниць направляє хворих на госпіталізацію в пульмонологічні відділення в таких випадках:

- у разі необхідності проведення спеціальних досліджень з метою диференційної діагностики бронхолегеневих захворювань;
- при важкому перебігу пневмонії, бронхіальної астми;
- при хронічному обструктивному бронхіті з легеневою недостатністю у фазі загострення;
- при ексудативному плевриті неспецифічної етіології та інших захворюваннях.

У деяких випадках виникає потреба в направленні хворих до державного пульмонологічного центру - при необхідності хірургічного лікування, при бронхолегеневих захворюваннях різної етіології (включаючи вроджену патологію) з важким перебігом, з гострими та хронічними абсцесами легень тощо.

З метою забезпечення достатньої за обсягом і рівнем медичної допомоги *розроблені та впроваджені різні організаційні форми* щодо інтегрування всіх видів медичної діяльності, ефективного розподілу, використання всіх засобів і коштів системи охорони здоров'я. Вирішенню цих проблем сприяють

територіальні медичні об'єднання (ТМО) - комплекс лікувально-профілактичних установ і закладів, функціонально та організаційно пов'язаних між собою.

Під контролем лікаря медичну допомогу хворим може надавати *цілитель*, застосовуючи *методи народної та нетрадиційної медицини*.

Згідно з Положенням про організацію роботи цілителя, затвердженим наказом МОЗ України № 36 від 11 лютого 1998 року, ним є особа, яка не маючи спеціальної медичної освіти, володіє певним обсягом професійних знань і вмінь в галузі народної та нетрадиційної медицини.

За Державним класифікатором професій (ДК 003-95, затвердженим наказом Держстандарту України № 257 від 27 липня 1995 року), ця професія віднесена до молодших спеціалістів у галузі медицини.

Цілитель має право здійснювати професійну діяльність за умови отримання ліцензії на медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини.

Він повинен узгоджувати свої дії щодо надання консультативної та лікувальної допомоги пацієнтам з лікарем-спеціалістом; вести облікову документацію (журнал обліку діагностично-лікувальних сеансів, процедур з записом в ній паспортних даних пацієнтів, діагностичних висновків, обсягу лікувальних процедур, спостережень за динамікою стану здоров'я та висновків щодо ефективності лікування).

В разі відсутності ефекту лікування чи виникнення ускладнень цілитель повинен забезпечити консультацію лікаря-спеціаліста чи направити пацієнта до лікувального закладу з метою надання кваліфікованої допомоги.

Лікар, який контролює медичну діяльність цілителя, зобов'язаний:

- визначати показання та протипоказання щодо призначення пацієнтам лікування методами народної та нетрадиційної медицини;
- організовувати комплексний лікувально-діагностичний процес;
- вести медичну документацію (медичні карти амбулаторного, стаціонарного хворого);
- проводити аналіз ефективності використання методів народної та нетрадиційної медицини;
- забезпечувати своєчасну кваліфіковану допомогу пацієнту при будь-якому погіршенні стану здоров'я.

Лікар, який контролює медичну діяльність цілителя, має право:

- припинити чи заборонити, при потребі, застосування методів народної та нетрадиційної медицини;
- вносити пропозиції щодо змін в організації роботи цілителя;
- виступати з пропозицією про анулювання або припинення дії ліцензії МОЗ України.

Цілитель і лікар, що його контролює, несуть відповідальність за:

- дії, що призвели до шкідливих наслідків для здоров'я пацієнта;
- достовірність облікових і звітних даних;
- порушення чинного законодавства щодо надання медичної допомоги та порядку здійснення підприємницької діяльності.

В медичному забезпеченні населення важлива роль належить *лікувально-допоміжним та діагностичним підрозділам*: фізіотерапевтичному відділенню, ЛФК, клініко-діагностичній лабораторії, рентгенівському відділенню (кабінету), кабінету функціональної діагностики, ендоскопічному кабінету.

Їх діяльність суттєво впливає на якість діагностики та лікування. Обсяг виконуваної ними роботи досить значний. У зв'язку з розвитком медичних технологій він постійно збільшується.

З метою покращання організації праці, збільшення об'єму досліджень, підвищення їх якості та впровадження нових методів у клініко-діагностичних лабораторіях використовують затверджені МОЗ СРСР та МОЗ України уніфіковані методи лабораторної діагностики з окремих розділів (загально-клінічні, гематологічні, біохімічні, імунологічні, мікробіологічні).

Їх впровадження дозволяє порівнювати результати досліджень різних лабораторій, зменшити їх повторення, упорядкувати забезпечення лабораторій готовими наборами реактивів, обладнанням і таке інше.

Для раціональної праці лікарів і лаборантів впроваджено розрахункові норми часу на виконання клініко-діагностичних аналізів.

Значне підвищення фізіотерапевтичної активності в комплексній терапії сприяє скороченню тривалості та матеріальних витрат на лікування хворих і зменшенню застосування медикаментозних препаратів.

Фізіотерапевтична допомога надається в спеціалізованих лікарнях та поліклініках і кабінетах (відділеннях) фізіотерапії лікувально-профілактичних закладів.

Лікар-фізіотерапевт, отримавши спеціальну підготовку, зобов'язаний проводити лікування, реабілітацію, профілактику диспансерній групі хворих.

Він веде амбулаторний прийом, здійснює контроль за правильним вибором методики лікування, проводить нагляд за виконанням середнім медичним персоналом призначень, вивчає доцільність фізіотерапевтичних процедур призначених лікуючими лікарями та аналізує їх помилки.

Під безпосереднім керівництвом лікаря фізіотерапевта, старшої медичної сестри відділення (кабінету) інші медсестри проводять фізіотерапевтичні процедури у відділенні та вдома за призначеннями лікуючих лікарів.

У лікувально-профілактичних закладах також функціонують кабінети рефлекс- та лазеротерапії.

Сучасні тенденції розвитку медичних технологій щодо ефективного використання матеріально-технічних і кадрових ресурсів, підвищення якості лікувально-діагностичного процесу зумовили реорганізацію та вдосконалення *служби променевої діагностики та терапії*.

Згідно з наказом МОЗ України № 340 від 28.11.97 р. створені та функціонують *медичні діагностичні центри*. В багатьох лікарнях і поліклініках організовані нові підрозділи, де крім традиційних рентгенологічних, широко застосовуються ультразвукові, рентгеноендоскопічні та рентгенохірургічні

методи, рентгенівська комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія та клінічна термографія, інші методи променевої діагностики.

З огляду на незадовільні екологічні умови в Україні особливої актуальності набули заходи радіаційного контролю та упорядкування рентгенологічних досліджень із заміною їх на неіонізуючі методики променевої діагностики (ультразвукові, магнітно-резонансної томографії та клінічної термографії тощо).

Контрольні питання

1. Чинники, що визначають роль амбулаторії і поліклініки у медичному забезпеченні населення.
2. Завдання міської поліклініки.
3. Характеристика основних розділів роботи поліклініки.
4. Структура поліклініки.
5. Формування штатів поліклініки.
6. Функції реєстратури.
7. Переваги та недоліки дільничного принципу обслуговування населення.
8. Обов'язки дільничного терапевта та дільничної медичної сестри.
9. Визначення диспансерного методу, його принципи, етапи диспансеризації.
10. Принципи та методи відбору контингентів для диспансерного спостереження.
11. Види реабілітації, їх суть та організація медичної реабілітації.
12. Організація роботи кабінету інфекційних захворювань.
13. Призначення пункту невідкладної допомоги.
14. Значення стаціонарозамінюючої допомоги, її організаційні форми.
15. Функції та структура денного стаціонару.
16. Причини посилення окремих видів спеціалізованої допомоги в поліклініках, їх організаційні форми.
17. Завдання допоміжно-діагностичних підрозділів поліклініки.
18. Правові засади надання медичної допомоги цілителями, організація контролю за їх медичною діяльністю.

6.3. Організація стаціонарної допомоги міському населенню

В організації медичної допомоги міському населенню важливе місце займає стаціонарна допомога. В стаціонарах лікується лише 20 % пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, проте це, як правило, хворі з важким перебігом захворювань.

Навіть в умовах запланованого значного збільшення обсягу та поліпшення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги певна частина хворих потребує і буде потребувати саме стаціонарної допомоги.

Стаціонарна допомога надається в різних лікарняних закладах, провідна роль серед них належить лікарні.

Потребу в ній визначають медико-демографічні, медико-організаційні, соціально-психологічні та медико-соціальні чинники. До останніх відносяться рівні захворюваності і санітарної культури населення та ступінь розвитку різних соціальних служб.

Госпіталізація хворих відбувається при потребі в проведенні діагностичних і лікувальних заходів тільки в умовах стаціонару.

Показання для направлення пацієнта до цілодобового стаціонару:

- наявність невідкладних або екстрених показань;
- застосування інтенсивних методів лікування;
- необхідність проведення складних досліджень;
- соціально-побутові умови пацієнта.

За даними наукових розробок, проведених в 70-ті роки в різних регіонах колишнього Радянського Союзу, в т.ч. в Україні (А.Г. Сафонов і Є.А. Логінова, 1976), була встановлена потреба в стаціонарній допомозі на рівні 22-24 на 100 жителів. На сьогодні ця величина значно менша, що пов'язано з різними обставинами. Суттєву роль у зниженні потреби та зменшенні рівня госпіталізації відіграють, до речі, різні види стаціонарозамінюючого лікування (див. попередній розділ).

Потреба в стаціонарній допомозі залежить від регіональних особливостей захворюваності, можливостей повноцінного забезпечення амбулаторною допомогою, вікової структури населення.

Провідною ланкою в наданні стаціонарної допомоги міському населенню є *багатопрофільна лікарня*. Вона забезпечує вторинну (спеціалізовану) допомогу з основних профілів.

В *міських лікарнях*, кількість яких в Україні в 1998 році становила 625, розміщено чверть ліжкового фонду країни. На них припадає майже третина всіх госпіталізованих.

Середня потужність міських лікарень за останній період зменшилась. Це значною мірою пов'язано зі скороченням кількості ліжок у країні, яке не повинно проводитися суто механічно. При цьому необхідно зберегти мережу діючих лікарень з метою забезпечення доступності стаціонарної допомоги різним верствам населення.

За рекомендаціями ВООЗ *функції сучасної лікарні* такі:

- лікувально-відновлювальні (діагностика та лікування захворювань, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);
- профілактичні (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих хвороб у хронічні, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю та інвалідності);
- навчальні (підготовка медичного персоналу та підвищення кваліфікації медичних працівників);
- науково-дослідницькі.

Значна частина міських стаціонарів об'єднана з поліклініками, проте на сучасному етапі в умовах децентралізації управління охороною здоров'я функціонують також лікарні, в яких надається тільки стаціонарна допомога.

Поряд з функціонуванням самостійних спеціалізованих лікарень в останній час відбувається роз'єднання стаціонарів з поліклініками, пов'язане зі зміною

джерел фінансування. У великих містах стаціонари можуть фінансуватися з міського, а поліклініки — з районних бюджетів.

Основні завдання стаціонару міської лікарні:

- надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі;
- апробація та впровадження сучасних методів діагностики, лікування, профілактики;
- комплексне відновлювальне лікування;
- експертиза непрацездатності;
- гігієнічне виховання населення.

Для надання стаціонарної допомоги міському населенню наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. встановлюються посади персоналу з розрахунку на кількість ліжок.

Кількість ліжок на 1 посаду лікаря за профілем відділень різна - від 12 (гематологія) до 40 (туберкульозне для хворих на кістково-суглобовий туберкульоз).

Для інших фахівців вона така:

- 15 ліжок (9 профілів: акушерське, нейрохірургічне, інфекційне для хворих на нейроінфекцію та інші);
- 20 ліжок (5 профілів: інфекційне боксоване, онкологічне, проктологічне, кардіологічне для хворих на інфаркт міокарда, туберкульозне для хворих на уrogenітальний туберкульоз);
- 25 ліжок (9 профілів: гінекологічне, інфекційне, кардіологічне, неврологічне, хірургічне та інші);
- 30 ліжок (9 профілів: терапевтичне, ендокринологічне, офтальмологічне, отоларингологічне та інші).

Крім фахівців, в деяких відділеннях додатково вводяться посади лікарів інших спеціальностей (у неврологічних для хворих із порушенням кровообігу мозку - 1 посада лікаря-терапевта на 60 ліжок: у проктологічних - 0,5 посади лікаря-онколога тощо).

Встановлюються також посади лікарів діагностичних і лікувально-допоміжних служб: рентгенологів, ендоскопістів, лаборантів, лікарів-фізіотерапевтів та інших.

Залежно від кількості ліжок у відділенні встановлюються *посади завідувачів відділень*:

- 60 (9 профілів: терапевтичне, неврологічне, хірургічне, кардіологічне, травматологічне та інші);
- 50 (6 профілів: кардіохірургічне, дерматовенерологічне, туберкульозні для різних хворих);
- 45 (акушерське фізіологічне відділення);
- 40 (14 профілів: гастроентерологічне, кардіологічне для хворих на інфаркт міокарда, гінекологічне, онкологічне, офтальмологічне та інші);
- 30 (7 профілів: гематологічне, нейрохірургічне, нефрологічне та інші);

- 25 (3 профілів: хірургічно-торакальне, акушерське обсерваційне, патології вагітності).

Посади середнього медичного персоналу залежать від кількості ліжок і системи обслуговування хворих (дво- чи триступеневої).

При триступеневій системі задіяні лікар, середній і молодший медичний персонал, а при двоступеневій - лікар і середній медичний персонал.

Цілодобовий пост медичних сестер (палатних) встановлюється на різну кількість ліжок: мінімальна - 10 ліжок при 3-ступеневій та 8 ліжок при 2-ступеневій системі в інфекційному боксованому відділенні та для хворих на нейроінфекції.

Максимальна кількість ліжок 40 при триступеневій системі та 30 при двоступеневій у дерматовенерологічному, ендокринологічному, туберкульозно-легеневому відділеннях.

Крім палатних, встановлюють такі посади медсестер:

- медична сестра для організації індивідуального догляду за важкохворими;
- операційна;
- перев'язувальна;
- з дієтичного харчування;
- процедурного кабінету;
- з фізіотерапії, масажу та інші.

Встановлюють посади:

- старших медичних сестер відділень з розрахунку на відповідну кількість посад лікарів-завідувачів відділень;
- старшої операційної медичної сестри при наявності не менше 3 посад операційних і перев'язувальних сестер замість однієї з них;
- старшої медичної сестри фізіотерапевтичного відділення (кабінету) при наявності в лікарні не менше 5 таких посад з фізіотерапії та масажу (замість однієї з них).

Встановлюють також *посади молодшого медичного персоналу*: сестер для догляду хворих і палатних при триступеневій, прибиральниць (палатних) при двоступеневій системах обслуговування, а також сестер банних, процедурного кабінету, лабораторій тощо.

Структура стаціонару представлена на малюнку 9.

Госпіталізація здійснюється за направленнями лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів і служби швидкої медичної допомоги, а також за безпосереднім звертанням пацієнтів при наявності екстрених показань чи централізовано через госпітальне відділення станції швидкої медичної допомоги. Його працівники оперативно вирішують питання щодо місця госпіталізації відповідно до графіка чергувань окремих лікарень з надання швидкої допомоги.

Це забезпечує:

- зменшення помилок у виборі профілю стаціонару;
- скорочення часу транспортування;

Управління	Головний лікар (заступник головного лікаря з медичної частини)		
Господарча частина	Спеціалізовані лікувальні відділення	Лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи	
Приймальне відділення	Інші підрозділи		
Кухня	Пральня	Архів	Патологоанатомічне відділення

Мал. 9. Структура стаціонару багатопрофільної міської лікарні.

- рівномірний розподіл хворих і потерпілих по задіяних в чергуваннях стаціонарах;
- оперативну зміну маршрутів бригад у разі екстреного закриття певного відділення чи лікарні;
- скорочення затримок бригад у лікарнях;
- зменшення відмов у госпіталізації.

Ритмічність роботи стаціонару, обґрунтованість госпіталізації, розподіл хворих за профілем значною мірою залежать від приймального відділення.

Приймальне відділення може бути централізованим, тобто єдиним для всього стаціонару, та децентралізованим. Централізоване забезпечує структурний розподіл хворих по всій лікарні, децентралізовані — по окремих відділеннях (інфекційному, акушерському, гінекологічному тощо).

Обсяг роботи та функції приймального відділення досить складні, різноманітні, залежать від потужності лікарні та наявності в ній відповідних спеціалізованих відділень. На інтенсивність його роботи відчутно впливає порядок направлення до стаціонару.

При плановій госпіталізації хворого повинні всебічно обстежити в амбулаторно-поліклінічних умовах. Це дозволяє досить швидко визначити профіль відділення та сприяє своєчасному початку лікування і зменшенню терміну перебування в лікарні.

Більше часу та зусиль витрачається на хворих, доставлених в стаціонар бригадами швидкої допомоги. Частка їх становить приблизно 10 % усіх госпіталізованих і коливається залежно від наявності в місті лікарні швидкої допомоги та профілю відділень.

Основні завдання приймального відділення:

- реєстрація хворих, що поступають до стаціонару та виписуються, заповнення паспортної частини медичної карти стаціонарного хворого;

- встановлення (уточнення) діагнозу;
- обґрунтування госпіталізації;
- надання при потребі невідкладної допомоги;
- санітарна обробка;
- взяття матеріалу для лабораторних досліджень, експрес-діагностика, рентген- та функціональні дослідження;
- визначення профілю спеціалізованого відділення та направлення до нього;
- реєстрація відмов у госпіталізації з визначенням причини;
- надання довідкової інформації про госпіталізованих хворих.

Для виконання різноманітних завдань у приймальному відділенні встановлюють штати лікарів і середнього медичного персоналу залежно від потужності лікарні.

Прийом хворих здійснює черговий лікар приймального відділення чи лікарні. Він знайомиться з даними медичної документації, проводить огляд, надає необхідну невідкладну допомогу та направляє хворого у відповідне відділення. Відмова в прийомі хворого реєструється в спеціальному журналі з визначенням причини.

В міських багатопрофільних лікарнях можуть бути розгорнуті різні *спеціалізовані відділення* (7-12 профілів), що залежить від потужності лікарні, наявності в місті інших лікарень, від розподілу відділень, наприклад, між міською та центральною районною лікарнями.

До складу багатопрофільних лікарень входять такі спеціалізовані відділення: терапевтичні, кардіологічні, хірургічні, травматологічні, оториноларингологічні, офтальмологічні, інфекційні тощо.

Їх набір не регламентується. Він залежить від мережі лікарень у місті, їх потужності та доцільності розміщення в них конкретних відділень, які визначаються при проведенні у великих містах так званого медичного районування з урахуванням функціональних зв'язків між медичними закладами та їх завдань.

Стаціонарне лікувальне відділення складається з палат і різних приміщень медичного та господарчого призначення (операційний блок, перев'язувальна, маніпуляційний кабінет, ординаторська, кабінети завідувача відділення та старшої медичної сестри, допоміжні приміщення тощо). Палати переважно розраховані на 2-4 ліжка. В інфекційних лікарнях для забезпечення ізоляції хворих передбачені бокси.

Структура відділень залежить від специфіки лікувального процесу.

Проведення комплексу заходів з реанімації та інтенсивного лікування при загрозливих для життя станах зумовила організацію *підрозділів анестезіології та реанімації* для направлених швидкою допомогою за екстреними показаннями післяопераційних хворих і переведених зі спеціалізованих відділень у зв'язку з погіршенням стану.

Хворих, направлених у відділення анестезіології-реанімації, розподіляють за профілем та ступенем важкості патології, а не за діагнозом.

Згідно з діючим положенням, затвердженим наказом МОЗ України № 303 від 8 жовтня 1997 року, в лікувально-профілактичних закладах створюються такі структурні підрозділи служби:

- відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії;
- відділення анестезіології без ліжок для інтенсивної терапії;
- анестезіологічна група;
- відділення інтенсивної терапії загального профілю;
- вузькоспеціалізоване відділення інтенсивної терапії.

При цьому враховується загальна потужність лікарні та кількість ліжок хірургічного профілю.

Основні завдання підрозділів такі:

- здійснення комплексу підготовчих заходів з проведення загальної та регіональної анестезії при операціях, пологах, діагностичних і лікувальних процедурах;
- здійснення комплексу заходів, спрямованих на корекцію та підтримання функцій життєво важливих органів і систем, порушених при захворюваннях, травмах, оперативних втручаннях, з інших причин;
- підвищення рівня теоретичних знань медичного персоналу;
- навчання різних груп населення з метою набуття навичок з реанімації.

Основні завдання персоналу анестезіологічних груп і відділень анестезіології:

- визначення оптимального методу анестезії, медикаментозна передопераційна підготовка, загальна та регіональна анестезія при операціях, пологах, діагностичних і лікувальних процедурах;
- інтенсивне спостереження за станом хворих у післяопераційному періоді;
- реанімація за показанням та подальша інтенсивна терапія у відділеннях лікувально-профілактичного закладу;
- лікування хворих у палатах інтенсивної терапії спільно з лікарями відповідних спеціальностей.

В анестезіологічних відділеннях лікують хворих з гострими порушеннями функцій центральної нервової системи, обмінних процесів, кровообігу, дихання, паренхіматозних органів, у відновлювальному періоді після клінічної смерті, після оперативних втручань з порушеннями функцій життєво важливих органів або при реальній загрозі їх виникнення в разі важких гострих отруень.

Після перебування в них хворих переводять в профільне чи реабілітаційне відділення для продовження лікування.

Вагомою медико-соціальною проблемою є хвороби системи кровообігу. Схема спеціалізованої стаціонарної допомоги хворим кардіологічного профілю представлена в п'ятому розділі підручника.

Невідкладного вирішення потребує питання організації допомоги при цереброваскулярних захворюваннях. В останні роки зазначено їх зростання, а також збільшення смертності від судинних захворювань головного мозку.

Інсулт займає перше місце в структурі причин первинної інвалідності; серед визнаних інвалідами переважають особи працездатного віку.

Для надання медичної допомоги *при порушеннях мозкового кровообігу* розроблена етапна система: спеціалізовані бригади швидкої допомоги, спеціалізовані неврологічні відділення та відділення (палати) інтенсивної терапії.

Відділення організують в складі багатопрофільних лікарень, лікарень швидкої допомоги.

Згідно зі стандартами медичних технологій в них повинно бути забезпечене термінове інструментальне обстеження (рентгенівська і магнітно-резонансна комп'ютерна томографія, ехоенцефалографія тощо) та комплексне лікування.

В складі багатопрофільних лікарень організують *відділення реабілітації або спеціалізовані реабілітаційні центри*.

Вони особливо необхідні при захворюваннях органів кровообігу, хірургічних втручаннях на серці, лікуванні наслідків травм і хвороб опорно-рухового апарату, дихання (хронічних неепідемічних захворювань легень).

Важливим у реабілітації є раннє та комплексне лікування. Фактично вона пролонгована і має починатись з перших хвилин перебування хворих у стаціонарі.

При організації центрів реабілітації, спеціалізованих відділень, стаціонарів для продовження лікування у санаторіях поза містом створюють належні умови для проведення комплексних лікувально-оздоровчих заходів (психотерапія, гімнастика, фізіотерапія, трудотерапія та ін.).

У лікарнях можуть діяти *відділення (палати) денного перебування* хворих з гострими та хронічними захворюваннями, стан здоров'я яких не потребує цілодобової госпіталізації. Їх потужність встановлюється індивідуально, посади медичного персоналу визначають на підставі діючих нормативів.

Відділення денного перебування використовує всі діагностичні та допоміжні підрозділи лікарні. Відбір хворих до них проводять дільничні терапевти (сімейні лікарі) і лікарі-спеціалісти.

В разі ускладнення перебігу захворювань і погіршення стану здоров'я пацієнтів переводять до відповідного стаціонарного відділення.

Стаціонарного лікування, спостереження потребують також пацієнти, стан здоров'я яких не загрожує життю, але потребує проведення протирецидивних курсів, підпримуючої терапії. Для цього створюють *відділення сестринського догляду* для надання медичної допомоги хронічним хворим і особам похилого віку в умовах лікарняного стаціонару, організованого за наказом управліннь охорони здоров'я.

Призначення цього відділення полягає в максимальному наближенні медичної допомоги хворим, які не мають можливості отримати її вдома та в денному стаціонарі поліклініки та не потребують інтенсивного спеціалізованого лікування, розраховане на допомогу хронічним хворим похилого віку, які потребують переважно симптоматичного лікування тощо.

Основні завдання відділення сестринського догляду:

' догляд, проведення побутової реабілітації та необхідної підтримуючої терапії при довготривалому перебігу хвороби, зокрема хворим похилого віку, переважно самотнім, а також при інкурабельній патології;

- лікування згідно з вимогами медико-технологічних стандартів;
- безперервне лікування хворих, направлених поліклінікою;
- експертиза непрацездатності працюючого населення;
- відновлення працездатності.

При потребі в разі погіршення стану хворих переводять в спеціалізовані відділення.

Неепідемічний тип патології, постаріння населення, особливості формування сімей призвели до збільшення частки осіб похилого віку, одиноких, хворих з хронічним перебігом захворювань і невиліковних. Для надання медичної допомоги невиліковним хворим у світовій практиці набули поширення *хоспіси* — благодійні лікарні-притулки. Перший вітчизняний хоспіс був створений у Львові.

Фінансуються ці заклади за рахунок місцевих бюджетів, додаткових коштів підприємств, добродійних пожертвувань, організацій і громадян. Умови проживання в них мають бути максимально наближені до домашніх, медичний персонал повинен бути підготовлений до роботи з важкохворими.

Відчутних змін набувають місце та роль міських багатопрофільних лікарень у наданні *спеціалізованої стаціонарної допомоги* при реформуванні галузі охорони здоров'я. Підвищення вимог до цього виду медичного забезпечення в складних соціально-економічних умовах, розвиток медичної науки, поява нових технологій зумовили необхідність створення низки спеціалізованих центрів різних типів та підпорядкованості (державних, обласних, міжобласних, міських). Вони переважно створюються в складі потужних багатопрофільних лікарень на базі відповідних відділень.

У *спеціалізованих медичних центрах* проводиться:

- лікувально-діагностична;
- організаційно-методична;
- наукова робота.

Завдання центрів:

' забезпечення науково-методичного та організаційного керівництва медичною допомогою відповідного профілю;

- надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги прикріпленому населенню;
- запровадження наявних методів діагностики, лікування та профілактики в роботу спеціалізованих профільних відділень і кабінетів лікувально-діагностичних закладів;
- проведення підвищення кваліфікації лікарів даного профілю (на курсах, семінарах, безпосередньо на робочих місцях);

- здійснення заходів щодо підвищення рівня знань лікарів суміжних спеціальностей.

До спеціалізованих центрів лікарі направляють хворих із захворюваннями, що потребують проведення спеціальних лікувально-діагностичних методів, вирішення питань експертизи працездатності, уточнення та отримання рекомендацій.

Для надання спеціалізованої медичної допомоги при окремих захворюваннях створюється мережа самостійних спеціалізованих закладів-диспансерів.

Диспансер — це заклад, в якому надається амбулаторна та стаціонарна допомога при певних захворюваннях (туберкульоз, венеричні хвороби, психічні, ендокринні захворювання тощо), а також постраждалим від Чорнобильської аварії.

В Україні, згідно із затвердженим переліком закладів охорони здоров'я, є 11 видів профільних диспансерів. У 374-х закладах розгорнуто 48400 ліжок (більше 10 % від загальної кількості). В 1998 році стаціонарну допомогу в них отримали 545 тисяч хворих.

Диспансери поділяються на районні, міські та обласні.

До складу диспансеру входять поліклініка (диспансерне відділення) та стаціонар.

При організації роботи цих закладів враховуються особливості кожного диспансеру. Вони визначаються етіологією, клінікою, епідеміологією конкретних захворювань. Принципи роботи всіх диспансерів єдині:

- активне виявлення хворих на ранніх стадіях захворювань та взяття на облік;
- активне систематичне спостереження за контингентами та надання кваліфікованої медичної допомоги;
- спостереження за контактними;
- проведення профілактичних заходів, гігієнічне виховання населення.

Що стосується активного виявлення, то зрозуміло, що диспансер не може виявити весь наявний контингент. В активному виявленні хворих велика роль відводиться всім лікувально-профілактичним закладам. Вони інформують про це диспансер спеціальним повідомленням.

Основні завдання диспансеру :

- активне виявлення хворих;
- обстеження та уточнення діагнозу;
- призначення відповідного лікування;
- активне динамічне спостереження за хворими та контактними;
- патронаж хворих;
- проведення оздоровчих заходів;
- вивчення захворюваності в районі діяльності;
- розробка запобіжних заходів щодо виникнення патології;
- проведення організаційно-методичної роботи;

- надання консультативної допомоги лікарям інших медичних закладів;
- контроль повноти обліку та своєчасності сигналізації при виявленні хворого.

Лікування хворих проводиться лікарями диспансерів, а також працівниками інших лікувально-профілактичних закладів (поліклінік, стаціонарів різних типів лікарень, санаторно-курортних закладів тощо).

Патронажна робота проводиться патронажними та дільничними сестрами під контролем лікаря.

Вона включає:

- вивчення умов життя та праці хворого;
- гігієнічне виховання хворого та членів сім'ї, навчання методам індивідуальної профілактики;
- контроль за виконанням режиму та забезпеченням систематичного відвідування диспансеру;
- сприяння хворому в працевлаштуванні, отриманні різних видів соціальної допомоги.

Основними документами в диспансерах є *медична карта* амбулаторного хворого та *контрольна карта диспансерного спостереження*.

Ведення контрольної карти допомагає контролювати своєчасність відвідувань, проходження медичного огляду, виконання призначеного лікування, оздоровчих заходів і працевлаштування.

Роль різних лікувально-профілактичних закладів у наданні спеціалізованої стаціонарної допомоги різна як за обсягом, так і за рівнем, що залежить, крім іншого, і від типу відповідного закладу. В умовах конкретного регіону та міста розробляють моделі функціонально-організаційних зв'язків між окремими закладами. При цьому враховують їх можливості щодо надання певних видів лікувально-профілактичної допомоги, включаючи конкретні методи та методики обстеження і лікування.

В положеннях, які регламентують напрямки діяльності конкретних закладів і підрозділів, обсяг і види лікувально-профілактичної допомоги, визначають насамперед відповідні контингенти, порядок відбору та направлення на консультацію, обстеження, лікування, взаємозв'язки між спеціалізованими закладами та підрозділами тощо.

Головними посадовими особами в штатній структурі стаціонарного відділення є його завідувач, лікарі-ординатори, старша сестра, медичні сестри, сестра-господарка та молодший медичний персонал.

На посаду *завідувача* призначають найбільш кваліфікованого спеціаліста, який має значний досвід практичної роботи. Він здійснює безпосереднє керівництво діяльністю відділення, контролює лікувально-діагностичну роботу підрозділу.

Завідувач відділення виконує такі функції:

- вирішує питання організації праці персоналу, форми та терміни підвищення кваліфікації (за узгодженням із заступником головного лікаря з медичної частини);
- організовує та контролює прийом, переведення і виписку хворих;
- разом із лікарями-ординаторами проводить обхід хворих;
- оглядає хворих, що поступили до відділення та важкохворих;
- контролює своєчасність і всебічність обстеження;
- організовує при необхідності консультації лікарів різних спеціальностей;
- перевіряє обґрунтованість призначеного лікування;
- аналізує випадки діагностичних помилок.

Завідувач бере участь у проведенні експертизи тимчасової непрацездатності, в патологоанатомічних конференціях, перевіряє повноту та якість ведення відповідних облікових документів, систематично аналізує ефективність роботи відділення.

Спостереження за станом хворих, їх лікування здійснює *лікар-ординатор*. За орієнтовними нормативами на одну посаду ординатора в більшості відділень припадає в середньому 25 ліжок.

Лікар-ординатор у першу чергу оглядає хворих, що поступили, проводить і призначає потрібні діагностичні обстеження, складає план лікування та забезпечує його виконання.

Він знайомиться з необхідною інформацією (результатами обстежень лікарями-спеціалістами, лабораторних, рентгенівських, функціональних досліджень тощо), проводить обхід хворих у супроводі палатної медичної сестри.

Безпосередньо після першого огляду та обстеження хворого ординатор встановлює попередній діагноз, який згодом уточнюється чи змінюється. Кожному хворому він призначає режим, медикаментозне лікування, дієту та лікувальні процедури з відповідним записом у медичній карті. Щоденно лікар контролює виконання призначень, займається питаннями експертизи тимчасової непрацездатності, готує пацієнта до виписки, узгоджує її термін із завідувачем, складає епікриз (висновок про перебіг хвороби, обсяг і результати лікування та досліджень, з рекомендаціями режиму, досліджень або подальшого лікування).

Старшій медичній сестрі відводиться активна роль в організації роботи підпорядкованих їй медичних сестер і молодшого медичного персоналу. Ця посада вимагає досвіду та високої кваліфікації. Старша сестра складає графіки роботи середнього та молодшого персоналу, відповідає за постачання у відділення медикаментів, інструментарію тощо, організацію харчування хворих, дотримання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних норм і правил, допомагає завідувачу відділення у веденні облікових документів.

Безпосередній догляд хворих здійснюють *палатні сестри*, які беруть участь в обходах, спостерігають за станом здоров'я пацієнтів, виконують відповідні призначення лікаря.

Графіки їх роботи можуть бути дво- чи тризмінні. При розподілі часу передбачають дві денні зміни та одну нічну. Частіше практикують такий графік: одні медичні сестри працюють тільки в денні зміни щоденно, а інші, працюючи в нічні, чергуються.

У великих відділеннях є також посада *медичної сестри процедурного кабінету*, в хірургічних - *операційної* та *перев'язувальної медсестер*.

Для всіх них розроблені спеціальні стандарти, технології щодо організації та виконання робіт. Питаннями удосконалення їх професійної діяльності, підготовки та підвищення рівня знань, розробки вищевказаних стандартів, захистом інтересів займаються Асоціації та Ради медичних сестер.

На сучасному етапі роль медсестер в організації лікувально-діагностичного процесу зростає, підвищуються вимоги до рівня їх підготовки, удосконалюється система освіти. Це вплине на диференціацію їх посад, обов'язків і функцій.

Ефективність стаціонарного лікування залежить від багатьох чинників, а саме:

- компетентності та рівня кваліфікації спеціалістів;
- належної матеріально-технічної бази;
- відповідності обсягів фінансування належному забезпеченню лікувально-діагностичного процесу;
- організаційних заходів, спрямованих на оптимізацію роботи стаціонару.

Стаціонарна допомога поглинає значну частину коштів, виділених на фінансування охорони здоров'я. Це зобов'язує її менеджерів, всіх медичних працівників розробляти та запроваджувати заходи раціонального використання ліжкового фонду.

Дослідження, проведені в 80-ті роки в різних регіонах колишнього Радянського Союзу, в т.ч. і в Україні, з залученням кваліфікованих експертів-клініцистів, дозволили встановити чинники впливу на ефективне використання ліжок. Вони стосуються догоспітального та госпітального етапів надання медичної допомоги.

З'ясувалося, що значна кількість хворих (до 15 %) не мала *достатніх показань* для стаціонарного лікування.

Майже кожний п'ятий пацієнт, лікуючись у поліклініці протягом 5-10 днів, направлявся на госпіталізацію *без достатнього обстеження*, що призвело до збільшення строків перебування в стаціонарі.

Слід зазначити також *несвоєчасне направлення* в стаціонар значної частини хворих (більше 40 % терапевтичних і 20 % хірургічних хворих).

Перебування в стаціонарах починалось з *проведення обстежень* з частим їх *дублюванням*.

Несвоєчасно проводяться консультації лікарів-спеціалістів (майже 10 %), а в значній частині випадків вони не призначаються, незважаючи на потребу.

Відомо, що більше 35 % направлених до стаціонару, крім основного, мають супутні захворювання. Але пов'язане з ними обстеження та лікування проводиться лише третині хворих.

Встановлено значний відсоток розбіжностей діагнозів поліклінік і стаціонарів (10-23 %).

Аналіз наведених даних свідчить про наявність *резервів для покращання якості стаціонарної допомоги та ефективного використання ліжкового фонду*. Цьому сприятиме усунення дефектів в організації амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, а саме:

- обґрунтований відбір амбулаторно-поліклінічними закладами та стаціонарами хворих, своєчасна їх госпіталізація;
- організація системи госпіталізації хворих удома (домашні стаціонари);
- розширення діапазону обстежень і лікування в амбулаторно-поліклінічних закладах, всебічна підготовка планових хворих до госпіталізації;
- своєчасна організація консультацій у поліклініках і стаціонарах (використання консультативно-діагностичних центрів, організація диспетчерських служб у стаціонарах);
- встановлення чітких взаємозв'язків між поліклініками (сімейними лікарями) та стаціонарами;
- рівномірна, протягом тижня, госпіталізація та виписка хворих;
- зведення до мінімуму в стаціонарах повторення досліджень, проведених перед госпіталізацією;
- інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів із застосуванням найефективніших методик;
- своєчасна діагностика та лікування в стаціонарі основного і супутніх захворювань, ускладнень;
- організація диференційованого стаціонарного лікування (з урахуванням стану здоров'я хворого, об'єму надання допомоги) та догляду (індивідуальні пости для важкохворих, відділення (палати) сестринського догляду);
- впровадження комплексної системи контролю якості роботи стаціонару;
- впровадження відповідних інформаційних технологій для своєчасного отримання інформації про роботу окремих структурних підрозділів і оперативне її використання;
- уніфікація медичної документації, скорочення витрат часу лікарів і середнього медичного персоналу на її заповнення;
- централізація окремих процесів (стерилізація інструментарію, окремих матеріалів, доставка до відділення медикаментів, білизни);
- удосконалення управління лікарнею, налагодження постійного зв'язку з різними підрозділами та виконавцями: керівництво, лікувальні, діагностичні та приймальне відділення (кабінети), лікарі, пости медичних сестер, господарчі та інженерні служби.

Важливе значення має *запровадження методик управління використанням ліжкового фонду*. Вони стосуються:

- планування показників роботи ліжка (визначення оптимального строку перебування хворих з різними захворюваннями в конкретних відділеннях; часу простою ліжка в зв'язку з ремонтом тощо);

- регламентації медико-технологічних процесів (показання для госпіталізації; необхідний об'єм досліджень в амбулаторно-поліклінічних закладах, стаціонарах; рекомендації щодо лікування; критерії для виписки та післягоспітального ведення хворих у амбулаторіях і поліклініках;
- проведення експертної оцінки для виявлення відхилень від рекомендацій медико-технологічних процесів.

Враховуючи участь всіх підрозділів лікарні в єдиному процесі обстеження, лікування, догляду за хворими, особливо важливим є підвищення ефективності праці персоналу, пов'язане з виконанням функціональних обов'язків.

Результати стаціонарного лікування відчутно залежать від обгрунтованого вибору профілю відділення.

Рациональному використанню ліжкового фонду сприяє також організація денних стаціонарів в амбулаторно-поліклінічних закладах, домашніх стаціонарів денного перебування.

Контрольні питання

1. Чинники, що впливають на потребу в стаціонарній допомозі.
2. Показання для госпіталізації.
3. Завдання міської лікарні.
4. Формування штатів стаціонарів.
5. Структурні підрозділи стаціонару багатопрофільної міської лікарні.
6. Основні завдання приймального відділення.
7. Структурні підрозділи служби анестезіології та реанімації в лікарнях, їх основні завдання.
8. Засади формування відділень (палат) денного перебування та сестринського догляду, їх завдання.
9. Визначення потреби в створенні спеціалізованих медичних центрів, їх роль у медичному забезпеченні населення.
10. Види диспансерів, їх основні завдання.
11. Завдання завідувача відділення стаціонару.
12. Зміст роботи лікаря-ординатора.
13. Завдання та зміст роботи середнього медичного персоналу стаціонарного відділення.
14. Заходи, що сприяють покращанню якості стаціонарної допомоги та ефективному використанню ліжкового фонду.

6.4. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини

Провідна роль амбулаторно-поліклінічної допомоги в медичному забезпеченні населення зобов'язує керівників відповідних лікувально-профілактичних закладів і всього медичного персоналу постійно удосконалювати їх багатогранну діяльність.

Зміни ідеології та економічних умов при переході до ринкових відносин обумовили необхідність розробки та втілення в життя заходів, спрямованих

на приведення діяльності системи охорони здоров'я у відповідність до запитів і можливостей суспільства.

Вони започаткували *реформування охорони здоров'я*, одним із напрямків якого є перехід до надання допомоги на засадах медичного страхування. Ця робота триватиме певний час, її темпи в різних регіонах можуть бути різними, що обумовлено насамперед такими *об'єктивними причинами*:

- стан економіки;
- розвиток всієї інфраструктури (в т.ч. медичного забезпечення);
- зміна складу населення;
- характер патології;
- рівень управління розвитком конкретних областей, міст, районів тощо.

Значну роль відіграють і суто *психологічні чинники* - стан підготовки керівників різних рівнів управління, усвідомлення необхідності реформування галузей народного господарства (в т.ч. охорони здоров'я) працівниками тієї чи іншої галузі, готовність управлінців і підлеглих до втілення в практичну діяльність нових засад, форм і методів роботи. Слід також зважати на необхідність підготовки населення до змін у звичній для нього системі охорони здоров'я.

Реформування потребує підготовки та перепідготовки медичних працівників до роботи в нових умовах, перерозподілу лікувально-профілактичної допомоги між ЛПЗ відповідних рівнів. Це обумовить розмежування сфер діяльності між структурами первинної, вторинної чи третинної медичної допомоги. При цьому значно зросте роль саме первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

В світовій практиці з початку 60-х років введено поняття *первинне медичне обслуговування (ПМО)*. У 70-х роках запропоновано інші - *первинна медична допомога (ПМД)* та *первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)*.

Комітет Інституту медицини США (1995р.) запропонував таке визначення: *первинне медичне обслуговування (ПМО)* ~ це забезпечення інтегрованих доступних послуг щодо охорони здоров'я клініцистами, які відповідають за значну більшість потреб охорони здоров'я особистості, розвиток довготривалого партнерства з пацієнтами та практикують на рівні родини та громади*.

Європейське регіональне бюро ВООЗ дало таке визначення: *первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)* включає консультацію та першу допомогу, яку надають одноосібно чи разом спеціалісти з охорони здоров'я, чи споріднених професій з профілактичною та лікувальною метою**.

Сформульоване в основах законодавства України з охорони здоров'я (1992 рік) поняття про первинну лікувально-профілактичну допомогу збігається з іншим визначенням ВООЗ, а саме: ПМД - це основна лікувальна та профілактична допомога, проста діагностика, направлення в складних випадках на консультацію більш високого рівня та основні санітарно-освітні заходи***.

* Перспективи первинного медичного обслуговування. Видержки из отчета Института медицины от 1995 г. Туланский университет, ст. 6.

** Тенденции в развитии первичной помощи. Отчет о совещании Рабочей группы, Москва 1973 EURO 4309 ст.2.

*** Хроніка ВООЗ, том 27, № 10, 1973 р.

Воно дещо звужене порівняно з визначенням Алма-Атинської конференції (1978), яка започаткувала розповсюдження терміна "первинна медико-санітарна допомога" (ПМСД).

ПМСД - це не тільки лікування поширених захворювань і травм основними засобами, але й сприяння в організації раціонального харчування, забезпеченні доброякісною водою, проведенні санітарно-оздоровчих заходів, охорона здоров'я матері та дитини, імунізація проти основних інфекційних хвороб, профілактика ендемічних хвороб і боротьба з ними, санітарна просвіта населення.

Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах адаптації галузі до нових економічних відносин передбачає насамперед визначення місця та ролі ПМСД у всій медичній допомозі. Вона має забезпечити значний обсяг лікувально-профілактичної допомоги при суттєвому покращанні її якості.

Функції ПМСД не обмежуються тільки медичною допомогою. Пріоритетність її розвитку пов'язана також з *потребою забезпечити:*

- гарантований обсяг медичної, психологічної та соціальної допомоги;
- доступність відповідних медичних і соціальних послуг для всього населення;
- безперервність спостереження за пацієнтами.

Повноцінне функціонування ПМСД потребує вирішення ряду проблем:

- проведення організаційних заходів;
- визначення джерел фінансування;
- удосконалення та реорганізація інфраструктури ПМСД;
- узгодження її взаємодії з іншими видами медичного забезпечення;
- налагодження підготовки та перепідготовки медичного та іншого персоналу;
- проведення серед населення відповідних санітарно-освітніх заходів з метою формування позитивного до сприйняття ПМСД.

ПМСД — це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

Забезпечення ПМСД можливе при дотриманні *основних принципів*, визначених ВООЗ (Алма-Атинська конференція, 1978 р.):

- належність до національної системи охорони здоров'я та первинність у контакті окремої особистості чи родини з системою охорони здоров'я країни;
- максимальна наближеність до місця проживання та праці людини;
- максимальна доступність (за рівнем, обсягом, технологіями та терміном надання допомоги);
- відповідність професійної підготовки спеціалістів і матеріально-технічної бази її потребам;
- забезпечення потреб особливо вразливих груп населення (жінок, дітей, осіб, що мають шкідливі умови праці);
- регламентація обов'язків держави та громадськості щодо ПМСД відповідними нормативними документами.

На ПМСД покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування (до одужання чи повної компенсації) хворих на найбільш поширені захворювання, в т.ч. і нетерапевтичного профілю;
- долікування після одержання інших видів допомоги;
- цільове направлення для одержання медичної допомоги у випадках, що виходять за межі компетенції лікаря загальної практики;
- проведення комплексу профілактичних заходів;
- диспансеризація хворих з орієнтацією на донозологічну діагностику та медико-соціальну профілактику;
- надання невідкладної допомоги.

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини, впровадження якої визначається низкою передумов. Насамперед, це потреба в економії коштів державних і пацієнта.

Слід зазначити також, що стрімкий розвиток спеціалізованої лікувальної допомоги, поряд із позитивним значенням, призвів до втрати відповідальності лікаря за хворого.

Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійним контингентом, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя.

Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я.

Сімейний лікар, допомагаючи пацієнтам при захворюванні, у вирішенні певних проблем соціального плану, стає авторитетною людиною і до його порад прислухаються, він може впливати на різні сторони життя населення.

Так історично склалося, що вітчизняна клінічна школа, на відміну від зарубіжних, завжди відзначалася вмінням лікувати саме хворого, а не його хворобу. Дільничні лікарі багато в чому виконували роль сімейних.

Організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не відрізняються.

Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозіуму з охорони здоров'я, що проводився в Санкт-Петербурзі (жовтень 1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД - сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи - групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

На різних етапах становлення ПМСД, а також у різних країнах надавати ПМСД можуть різні спеціалісти: сімейні лікарі, лікарі-терапевти, педіатри,

акушери-гінекологи. До неї залучають також практикуючих медичних сестер і помічників лікаря після відповідної підготовки, соціальних працівників.

Головною особою в забезпеченні ПМСД є *сімейний лікар* (лікар загальної практики).

Завдання сімейного лікаря визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р.

Сімейний лікар - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу *окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.*

Він *допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях.* Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів.

Сімейний лікар *постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами.* Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на *співпраці з колегами* медичної і немедичної сфер.

Моделі роботи сімейного лікаря (лікаря загальної практики) представлені на малюнку 10. _____

Види моделей

Індивідуальна практика в самостійному закладі

Групова практика в сімейних амбулаторіях

Об'єднання кількох групових практик у центрах здоров'я

Індивідуальна чи групова практика в діючих поліклініках

Мал. 10. Організаційні моделі роботи сімейних лікарів (лікарів загальної практики).

В окремих країнах може переважати та чи інша модель.

Індивідуальна практика частіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії.

Групова практика переважає у Великій Британії, США.

Центри здоров'я розповсюджені в Скандинавських країнах.

Ці моделі можуть співіснувати.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями *на базі діючих поліклінік* найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та держав, що утворилися на теренах колишнього СРСР. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

Вивчення *досвіду різних країн щодо організації ПМСД* на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей *Ізраїльської охорони здоров'я* (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

Як зазначалося вище, надання ПМСД у центрах здоров'я характерне для Скандинавських країн. У *Фінляндії* нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачено забезпечення центрів автотранспортом.

З огляду на *досвід США**, сімейний лікар - це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими.

Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути порадником, захисником пацієнта.

Лікар має консультивати їх з приводу захворювань і методів лікування, направляти до спеціалістів, забезпечувати безперервну допомогу при хронічних станах. Це дуже важливо особливо в плані контролю за вартістю лікування, за використанням та раціональним розміщенням ресурсів.

Середня кількість відвідувань на одного мешканця залежить від віку та статі і становить 5,0 протягом року (табл. 5).

Таблиця 5

Характеристика відвідувань сімейних лікарів у США

Середня кількість відвідувань протягом року			
за віком		за статтю	
вік (років)	кількість відвідувань	стать	кількість відвідувань
До 6	6,5	чоловіки	4,4
6-16	3,2	жінки	5,7
17-44	4,5		
45-64	5,8		
65 і більше	7,6		

*/ Introduction to Health Services// Editors: Stephen J. ОДІіатз / Paul R. Torrens, Альбану, Delmar Publishers Inc., 1988. - 508 p.

Питома вага відвідувань з приводу загального огляду, антенатального спостереження за дитиною становить 3-5 %, спостереження після операції - до 5 %, на відвідування з приводу хірургічних втручань і консультацій щодо харчування припадає по 6-7 %, 4,2 % пов'язані з отриманням фізіотерапевтичних процедур.

Серед діагнозів значне місце посідають артеріальні гіпертензії, гострі респіраторні інфекції, отити.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у *Великій Британії*, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997 р.).

Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85 %).

Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів.

Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. В розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

Кожний лікар у підпорядкуванні має кількох працівників:

- медичні сестри;
- секретарка;
- оператор ПЕОМ;
- адміністратор;
- бухгалтер.

Їх наймають до бригади ПМСД з огляду на доцільність і в межах фінансових можливостей.

Додатково лікарі можуть співпрацювати з акушеркою, фізіотерапевтом, психологом, дієтестрою, логопедом, працівником служби громадської опіки, фінансування яких здійснюється з інших джерел.

Крім відвідування лікаря, при потребі пацієнти можуть викликати його додому в разі значного погіршення стану здоров'я.

Середнє число відвідувань протягом року - 3-4, близько 10 % їх становлять домашні. Незначна частка останніх пояснюється тим, що в Британії не прийнято відвідувати хворих на гарячкові та інфекційні хвороби. Відчутно впливає на це явище розвинена мережа доріг, висока забезпеченість населення автотранспортом, культура взаємин. Крім того, значна частина контактів є заочною і переважно пов'язана з випискою повторних рецептів.

На одне відвідування лікар витрачає приблизно 9 хвилин (в середньому 7 відвідувань за годину).

В Німеччині його тривалість також коротка - не більше 10 хвилин^{*/}.

У США його тривалість дещо більша: в 39 % випадків до 10 хвилин, у 30 % випадків - від 11 до 15 хвилин і майже третина - більше 16 хвилин^{**/}.

^{*/}Общепрактическая и семейная медицина./ Под ред. М.М. Кохена.- Пер. с нем. - Минск.- Беларусь.-1997.- 618 с.

^{**} Introduction to Health Services/ Editors: Stephen J. Williams / Paul R. Torrens, Albany, NY, Delmar Publishers Inc., 1988. - 508 p.

У Швеції на одну годину в середньому припадає 2,4 відвідувань (консультацій).

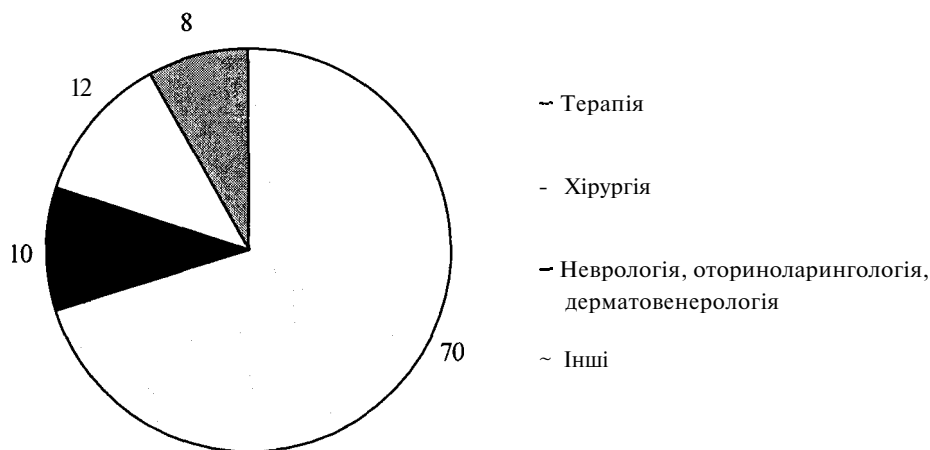
Слід зауважити, що за даними британських лікарів сімейної практики при появі симптомів захворювання досить значна частина пацієнтів - до 75 % - займається самолікуванням і тільки 25 % звертається за допомогою. Це стосується переважно гострих захворювань з короткочасним перебігом, які не призводять до значного погіршення стану здоров'я'.

На хронічні хвороби припадає 50 % звертань (проведення підтримуючої чи протирецидивної терапії), до 10 % звертань обумовлені загрозливими станами (гострий інфаркт міокарда, мозковий інсульт тощо).

Перше місце в структурі захворюваності за даними документації лікарів сімейної практики займають хвороби органів дихання, друге - хвороби системи кровообігу, а також розлади психіки та поведінки. Вони становлять третину всієї патології. Близько 40 % припадає на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ендокринні, розлади харчування та порушення обміну речовин, нервової системи та органів чуття, органів травлення, шкіри та підшкірної клітковини.

Обсяг медичної допомоги за даними загальної практики в Німеччині представлений на малюнку 11. 70 % звертань припадає на внутрішні хвороби, 10 % - на хірургічні, близько 12 % - на невро-, отоларинго- та дерматовенеричні*./

Сімейні лікарі у Великій Британії, забезпечуючи цілодобову медичну допомогу, віддають перевагу груповій практиці. Вона дає змогу організувати взаємозаміну, консультувати хворих разом, придбати й використовувати складне та дороге обладнання.



Мал.11. Розподіл звертань до сімейних лікарів за профілями медичної допомоги в Німеччині (%).

*/Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М.М.Кохена. Пер. с нем. -Минск.- Беларусь.-1997.-618с.

Концепція групової практики була підтримана 40-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (1998 р.) як один із засобів надання безперервної високоякісної медичної допомоги.

Переважає більшість лікарських амбулаторій (90 %) у Британії комп'ютеризована.

Використання комп'ютерів дає змогу формувати базу даних з інформацією про кожного хворого (дата і результати консультації, анамнез, рецепти, результати обстежень), позбутися чи значно зменшити кількість паперових носіїв - карток хворого.

Комп'ютеризована також система виписування повторних рецептів, що заощаджує час лікаря та пацієнта, а також зменшує число помилок у аптеках.

Під час прийому хворого лікар бачить на екрані всі дані і сам доповнює інформацію. Паперові носії потрібні лише при відвідуванні пацієнтів. Зарядити цьому може портативний комп'ютер і використання модему.

Безпаперова система дозволяє забезпечити чіткість інформації, заощадити час секретарок і кошти, місце для розміщення документації.

Проте слід зважити на значну її вартість, небезпеку втрати інформації через якийсь Прикрий випадок. До того ж, перехід до такої системи потребує часу та зусиль на перенесення інформації з карток хворих, може погіршити психологічну атмосферу під час прийому, оскільки пацієнт вважатиме, що в ньому не зацікавлені. Тому лікарі намагаються користуватися комп'ютером перед початком чи після закінчення прийому.

Система сімейної медицини у Великій Британії, діючи майже півстоліття, оцінюється як ефективна, з огляду на популярність серед населення та економічність.

Проте вона має невирішені проблеми. Наприклад, черги на госпіталізацію. Вони пов'язані, на думку працівників, з підвищенням вимог пацієнтів до якості допомоги. Щоб зарядити цьому, британські лікарі намагаються зменшити терміни лікування в стаціонарі, покращивши лікувально-діагностичний процес на долікарняному і госпітальному етапах.

Аналогічна проблема вимагає свого вирішення в багатьох країнах.

Суттєвий вплив на скорочення строків лікування в стаціонарі може мати розширення медичної допомоги вдома.

З цієї точки зору досить цікавим є досвід роботи агентств надання медичної допомоги вдома, які з'явилися в США в 50-ті роки і з часом набули значного поширення* /.

Їх робота спрямована на забезпечення потреб пацієнта у власне медичному обслуговуванні та в ситуаціях, пов'язаних з впливом різних соціально-психологічних чинників.

Важливе значення при спільній роботі має взаємозв'язок лікарні та агентства, яке насамперед повинно брати участь у процесі виписки хворих.

*/Медицинская помощь на дому. Будущее стационара / Под ред. DAN LERMAN. -Пер. с англ.-Киевское бюро переводов.-1996.-383 с.

Планування виписки може починатись під час перебування хворого в стаціонарі, а подекуди навіть перед направленням до нього і дозволяє надавати найбільш доцільну медичну допомогу, забезпечити всі потреби в послугах із найменшими затратами.

Спланувати виписку допомагають загальні обходи з участю лікаря, старшої медичної сестри, одного з керівних працівників соціальної служби та керівника агентства, закріпленого за певним відділенням стаціонару.

Вони приймають рішення про медичне обслуговування хворого після виписки.

За активної участі агентства в плануванні виписки вирішується питання безперервності медичного забезпечення. До того ж, персонал агентства в подальшому передає лікарям стаціонару інформацію про стан здоров'я виписаних хворих.

При направленні на домашнє лікування працівник агентства разом із лікуючим лікарем визначає всі його методи та процедури, перевіряє необхідність певних послуг і з'ясовує можливості родини щодо відповідної підтримки хворого. Слід визначитись з персоналом для забезпечення догляду, отримати необхідне обладнання та різні засоби від допоміжних служб.

Медичну допомогу вдома забезпечує *координатор*. На цю посаду звичайно призначають медичну сестру. Вона відповідає за вирішення всіх проблем під час лікування, коректну початкову та поточну оцінку стану здоров'я пацієнта.

Координатор своєчасно, до виписки, оцінює домашню обстановку пацієнта, складає план медичної допомоги, до якого входять перелік головних і другорядних послуг із визначенням часу їх надання, відповідних служб, що мають їх забезпечувати, та вказівки лікуючого лікаря.

Відповідно до плану лікування, розробленого лікарем і координатором, створюється бригада з персоналу агентства та лікаря, яка працює за розкладом, складеним координатором.

Координатор відповідає за здійснення програми лікування, консультації пацієнта відповідними спеціалістами.

Перед закінченням курсу лікування, забезпеченого агентством, координатор оформляє довідку - інформацію про стан здоров'я та результати лікування, перелік медичних рекомендацій щодо подальшого лікування, оздоровлення, які доводяться до відома пацієнта та родини.

Потреба в медичному обслуговуванні вдома може виникати не тільки після проведення лікування в стаціонарі, тобто до відповідного агентства можуть звертатися сімейні лікарі або самі пацієнти чи їх родичі.

Досвід роботи агентств з надання медичної допомоги в домашніх умовах потребує детального вивчення з метою подальшого вдосконалення системи ПМСД у нашій країні.

Значний інтерес викликає *досвід Росії*, оскільки до розпаду СРСР її та наша системи охорони здоров'я були ідентичними. Росія раніше приступила до організації допомоги на засадах сімейної медицини.

На сучасний період більшість лікарів загальної практики (сімейних) працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика. В груповій практиці задіяні, крім сімейних лікарів, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог, а також середній медперсонал - медичні сестри процедурного та перев'язувального кабінетів, молодша медична сестра.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 % до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга*¹.

Працюючи в поліклініці, вони використовують її лікувально-діагностичну базу.

В самостійних лікарських амбулаторіях, віддалених від поліклініки, обсяг досліджень зменшується.

Чисельність населення на одного лікаря коливається в межах 1600-2500 чоловік. Протягом року на консультацію до інших спеціалістів направляють до 20 % пацієнтів, на обстеження в інші заклади - 14 %.

Пропонується планувати не менше 4-х відвідувань за рік на 1 жителя, можливий рівень госпіталізації дорівнює 15 %.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів 3 часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах *сімейної медицини, Україна* враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Первинну медико-санітарну допомогу в сучасних умовах забезпечують дільничні терапевти та педіатри, проте її обсяг далекий від бажаного в зв'язку з залученням лікарів інших спеціальностей.

Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Внаслідок цього питома вага спеціалістів загальнотерапевтичного

*В.С. Лучкевич. Основи соціальної медицини и управління здравоохранением: Учебное пособие. -СПб: СПбГМА, 1997. - 184 с.

профілю незначна - серед усіх лікарів, що обслуговують міське та сільське населення, вона становить відповідно майже 12 % і приблизно 20 %*'/.

В багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40-55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до "вузьких" спеціалістів.

В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їх рівень підготовки з інших профілів медичної допомоги явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою "Сімейна медицина" передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації.

Перший етап, підготовчий, що розпочався у 90-х роках, включає розробку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загально-лікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. В сучасних умовах вони, як правило, працюють в різних ЛПЗ, принаймні в містах. Тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їх дій. Щодо акушерів-гінекологів, то їх участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

В подальшому дільничні терапевти та педіатри переберуть на себе надання допомоги при захворюваннях нетерапевтичного профілю. Широко будуть використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватись сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дозволило співробітникам Українського інституту громадського здоров'я запропонувати *три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:*

• групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);

• лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);

• сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

*'/ В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, В.І. Польченко та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 1. - С. 67-73.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1 року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

В Україні *сімейним лікарем* може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина".

Він може працювати *індивідуально* чи з іншими лікарями (*групова практика*) в:

- державному закладі (поліклініці, міській або сільській лікарській амбулаторії, медико-санітарній частині),
- недержавному медичному закладі (малому, акціонерному, колективному підприємстві, кооперативі),
- приватній лікарській амбулаторії.

З огляду на економічну рентабельність *індивідуальна практика* доцільна в населених пунктах із малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиданості територіальних дільниць, зумовленій відповідною системою забудови тощо.

Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах:

- об'єднання кількох сімейних лікарів;
- об'єднання сімейних лікарів з іншими спеціалістами (акушерами-гінекологами, педіатрами, стоматологами).

Її переваги полягають у забезпеченні кращих для діагностики та лікування можливостей, у взаємозаміні лікарів (при виникненні такої потреби) та проведенні консультацій, повноцінному використанні матеріально-технічної бази (для придбання чи оренди приміщення, медичного та іншого обладнання), в можливості залучення для її забезпечення не тільки середнього медичного персоналу, але й соціальних працівників, юриста, економіста.

Осередки групової практики можуть розміщуватись *на базі* діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Використання бази лікувально-профілактичних закладів сімейними лікарями здійснюється на основі контракту, в якому вказані обсяг діагностичних досліджень і види допоміжних методів лікування, що надаються пацієнтам у конкретному ЛПЗ.

Самостійно працюючі сімейні лікарі можуть направляти хворих у діагностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи ЛПЗ на зазначених в контракті умовах.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах - від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше.

На думку російських вчених, чисельність пацієнтів не повинна перевищувати 1300-1500, інші вважають, що вона може бути більшою (Лучкевич В.С., 1997 р.).

Чисельність населення визначається умовами забезпечення медичної доцільності та економічної рентабельності і тому не повинна бути меншою ніж 1500 чоловік. Якщо чисельність перевищуватиме 3000 чол., лікар не зможе надавати потрібні медико-соціальні послуги в належному обсязі та відповідної якості.

Радіус обслуговування населення визначається конкретними умовами розселення пацієнтів, щільністю проживання, типом забудови, станом шляхів тощо.

Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь в наданні невідкладної допомоги вночі оговорені у відповідному контракті з урахуванням діючих нормативних документів.

Становлення сімейної медицини потребує *вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань* з врахуванням *психологічного фактора* — готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

Вільний вибір лікаря може бути реалізований на таких умовах:

- можливості того чи іншого лікаря забезпечити медичну допомогу оптимальній кількості пацієнтів;
- відстань від місця проживання до місця роботи сімейного лікаря;
- можливість або зручність одержання медичної допомоги лікарів окремих спеціальностей.

Розв'язання цього питання, як і інших проблем у стосунках "лікар-пацієнт-ЛПЗ-місцева адміністрація" потребує насамперед визначення адміністративно-правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги тощо.

Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні з завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох випадках мова йде про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є *й відмінності*, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, при потребі звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому чи екстреному порядку.

Практичні дії лікаря стосуються:

- діагностики;
- невідкладної допомоги;

- термінової госпіталізації;
- консультацій з іншими лікарями;
- самостійного лікування та лікування за порадами консультантів;
- планової госпіталізації.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням.

Сімейний лікар забезпечує:

- здійснення амбулаторного прийому та домашніх відвідувань;
- проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками;
- надання при потребі екстреної та невідкладної медичної допомоги;
- організацію денних і домашніх стаціонарів;
- допомогу у вирішенні медико-соціальних проблем родини;
- проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання;
- інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Сімейний лікар гарантує населенню:

- ранню діагностику;
- своєчасне амбулаторне та домашнє лікування в повному об'ємі;
- своєчасне направлення до фахівця;
- організацію госпіталізації планових і ургентних хворих.

Сімейному лікареві за угодою можуть бути виділені ліжка в стаціонарі для лікування підопічних хворих.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар:

- володіння методикою постановки попереднього діагнозу;
- визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх;
- обґрунтування та визначення клінічного діагнозу;
- визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування);
- надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо);
- виконання найбільш поширених маніпуляцій;
- складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їх здійсненні;
- вирішення питань експертизи непрацездатності-;
- проведення профілактичної роботи з населенням.

Взаємостосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, в тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами.

Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями в деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, але й помічники лікаря. Рівень підготовки останніх дозволяє виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. Вона бере активну участь в проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи, проводить допологовий та післяпологовий патронаж вагітних жінок і породіль, забезпечує взяття матеріалу для лабораторних досліджень, надає при потребі екстрену медичну допомогу, допомагає лікареві при оперативних втручаннях, здійснює контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій.

Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту.

Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

На *посаду сімейного лікаря* призначають:

- лікаря після інтернатури за спеціальністю "Лікар загальної практики";
- лікаря за освітою "лікувальна справа" чи "педіатрія" після відповідних циклів спеціалізації з сертифікатом "лікар загальної практики".

З метою забезпечення населення ПМСД на засадах сімейної медицини організують, відповідно до потреби та доцільності, спеціальні амбулаторії.

Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:

- самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному органу охорони здоров'я;

Сімейний лікар



Мал. 12. Орієнтовна структура амбулаторії сімейної медицини.

- підрозділ комунального поліклінічного закладу;
- підрозділ недержавного медичного закладу;
- приватний медичний заклад (у ньому можуть працювати кілька лікарів).

До амбулаторії входять різні підрозділи (мал.12).

Експеримент стосовно надання ПМСД на засадах сімейної медицини вперше в Україні розпочався у Львові.

Такий досвід поступово накопичується у містах (Київ, Житомир, Івано-Франківськ, Вінниця, Дніпропетровськ тощо), в окремих областях (Львівська, Житомирська, Тернопільська, Хмельницька), але його оцінка і подальше використання потребують вивчення на більшому масиві населення.

В регіонах і містах України застосовують різні організаційні форми надання ПМСД. Діють сімейні амбулаторії з одним лікарем, відділення сімейних лікарів (бригади). Більш доцільною вважають групову практику, є досвід роботи поліклініки сімейної медицини (м. Дніпродзержинськ). Середня чисельність населення, яке обслуговує сімейний лікар, коливається в межах 1500-1900 (в містах) і 1100-2100 (в селах*/).

На основі накопиченого досвіду відпрацьовують раціональні моделі сімейної медицини та форми взаємодії цієї ланки з іншими медичними закладами. При цьому поступово змінюють завдання, функції, організаційні форми діяльності існуючих амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів.

Контрольні питання

1. Чинники, що впливають на реформування медичної допомоги на засадах медичного страхування.
2. Визначення поняття первинна медико-санітарна допомога.
3. Основні принципи ПМСД.
4. Чинники розвитку сімейної медицини.
5. Завдання сімейного лікаря за визначенням експертів ВООЗ.
6. Характеристика існуючих організаційних моделей роботи сімейних лікарів.
7. Приклади організації системи сімейної практики в різних країнах (Велика Британія, Скандинавські країни, США, Росія).
8. Фактичний стан ПМСД в Україні, її поетапне реформування на засадах сімейної медицини.
9. Завдання та зміст роботи сімейного лікаря.
10. Можливі організаційні моделі сімейної медицини в Україні.
11. Підрозділи амбулаторій сімейної медицини.
12. Штатні посади працівників сімейної медицини.

*/ Охорона здоров'я в Україні. Проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка. - К.-1998.-310 с.

6.5. Організація лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню

Медична допомога сільському населенню надається на *загальних засадах*, проте здійснення лікувальних та профілактичних заходів у оптимальному обсязі та на достатньому рівні ускладнюється низкою обставин, які потрібно враховувати при її організації.

Серед них можна виділити:

- соціально-економічні умови;
- медико-демографічні особливості;
- стан захворюваності та інвалідності;
- природні умови;
- розвиток інфраструктури загалом і мережі медичних закладів зокрема.

Всі вони взаємопов'язані. Повільні темпи реформування народного господарства в період переходу до ринкової економіки, збільшення безробіття призвели до зниження рівня матеріального забезпечення населення, відчутно вплинули на стан його здоров'я, демографічну ситуацію, особливо в сільській місцевості.

Внаслідок значного зростання смертності серед сільського населення порівняно з міським і зниження народжуваності поглиблюється процес старіння, зростає демографічне навантаження на населення працездатного віку - його рівень на селі в 1,5 раза вищий від міського.

Значна частина сільських пенсіонерів живе самостійно і потребує догляду. Збільшується захворюваність на хвороби з хронічним перебігом. В сільській місцевості досить важко забезпечити якісне диспансерне спостереження, особливо за людьми похилого віку.

Доступність лікувально-профілактичної допомоги ускладнюється особливостями розселення сільського населення, які обумовлюють низькі рівні захворюваності за даними звертань. Число відвідувань лікаря та рівень загальної захворюваності зменшуються при збільшенні відстані від села до сільської дільничної лікарні (амбулаторії). В той же час показники "вичерпаної" захворюваності, встановлені в результаті поглиблених спеціальних вибіркового досліджень, досить значні.

Рівні інвалідності високі, цьому сприяє, поряд з іншими чинниками, недостатня доступність вторинної та третинної лікувально-профілактичної допомоги. Вона також обумовлює несвоєчасну діагностику та лікування, нерегулярність диспансерного спостереження, недостатнє за обсягом відновлювальне та протирецидивне лікування тощо.

Існують регіональні *відмінності* всіх зазначених *особливостей та специфічних умов* сільської місцевості. Це стосується насамперед питомої ваги сільського населення, яка в Україні за станом на 1 січня 2000 року становить 32,2 %, при цьому в західних областях вона коливається в межах 52-61 %, а в південно-східних - 10-16,5 %.

Україні притаманна незначна щільність розселення з розбіжностями в регіонах.

У південно-східних областях вона не перевищує 30 чоловік на 1 кв. км, а в західних і південно-західних в 2-2,5 раза вища і становить до 70 чоловік на 1 кв. км.

Поселення в різних регіонах відрізняються за компактністю (середнім числом жителів у селі), яка коливається в досить значних межах. Близько 10 % населених пунктів мають до 50 мешканців.

Відстань між селами і особливо до пунктового села, в якому знаходиться медичний заклад, має значні розбіжності, що доводиться враховувати при створенні мережі лікувально-профілактичних закладів первинного рівня.

Все це слід враховувати в процесі реформування системи охорони здоров'я як на сучасному етапі, так і надалі.

Складність розв'язання цих питань зумовлена загальними для міського та сільського населення проблемами: обмеженням фінансуванням, недостатністю сучасного діагностичного та лікувального обладнання, обмеженістю підготовки лікарів і середніх медичних працівників до роботи на засадах сімейної медицини. Досить негативно впливають соціальні умови життя в сільській місцевості, недостатність транспортних засобів, низький рівень оплати праці медичних працівників і численні складнощі в їх роботі.

Мережа лікувально-профілактичних закладів складалася протягом тривалого часу. При її формуванні насамперед враховували специфіку системи розселення сільського населення з її географічними, економічними та соціальними особливостями. Про це слід пам'ятати в процесі сучасної реорганізації.

Дільничний принцип надання первинної медичної допомоги фактично був започаткований в Україні земською медициною в 60-х роках XIX ст.

Мережа сільських дільниць досить інтенсивно розбудовувалась до Великої Вітчизняної війни. Значна увага цьому надавалась в повоєнні часи.

Поступово в міру розбудови мережі і зростання забезпеченості медичним персоналом в її формуванні набув чинності *принцип етапності*.

Організація медичного забезпечення на таких засадах зумовлена не тільки особливостями розселення сільських жителів, але й нагальними потребами надання, крім первинної, ще й вторинної та третинної лікувально-профілактичної допомоги.

/ етап - сільська лікарська дільниця забезпечує первинну медико-санітарну допомогу.

// етап - районні медичні заклади надають в основному вторинну (спеціалізовану) допомогу (первинна допомога на цьому етапі надається лише мешканцям районного центру та прилеглих до нього сіл - приписної дільниці).

/// етап - обласні лікарні та диспансери забезпечують вузькоспеціалізовану допомогу.

В сучасних умовах сформувався ще й *IV етап*, який представлений міжобласними та державними спеціалізованими центрами. Крім того, в наданні

медичної допомоги сільському населенню значну участь беруть і міські ЛПЗ (мал. 13).



Мал. 13. Лікувально-профілактичне обслуговування сільського населення.

Отже, на кожному наступному етапі населення отримує більш високу за ступенем складності медичну допомогу.

Залучення до медичного забезпечення сільського населення міських і обласних ЛПЗ дозволяє певною мірою зменшити розбіжності в рівнях забезпеченості міських та сільських мешканців (особливо це стосується стаціонарної допомоги).

Фактично рівні госпіталізації сільського та міського населення досить значні і майже однакові (до 20 %).

Навіть за умови скорочення ліжкового фонду є змога забезпечити потребу сільського населення в стаціонарній допомозі. Проблеми її розвитку стосуються переважно раціонального розміщення спеціалізованих ліжок на різних етапах лікувально-профілактичної допомоги і покращання якості.

Значно складніше забезпечити сільське населення *амбулаторно-поліклінічною допомогою*, з огляду на те, що помітну роль в ній відігравали та продовжують відігравати середні медичні працівники. За даними 1997 р. тільки 2/5 всіх звертань (39,0 %), було здійснено до лікарів. Показникові притаманні суттєві коливання в розрізі областей. В середньому по Україні на 1 відвідування до лікаря припадає 1,6 відвідувань до середніх медичних працівників. В деяких областях це співвідношення становить 1:2 і навіть 1:5.

Із загального числа відвідувань сільськими жителями медичних закладів І та II етапів (7,4 на одного жителя) на перший припадає лише 2,3, що не є достатнім.

Це свідчить про нагальну потребу *зміцнення ПМСД*, необхідність більш активного запровадження засад сімейної медицини.

Сільська лікарська дільниця організовується для надання медичної допомоги мешканцям поселень, віддалених від районного центру. Кожний з її закладів (мал. 13) виконує відповідні функції.

На кінець 1998 року в Україні налічувалося майже 3200 сільських лікарських дільниць.

Середня чисельність населення на дільниці в 1991-1997 роках становила відповідно 4,7 і 4,4 тисячі, середній радіус 7,2-7,3 км*.

На значній частині дільниць ПМСД надають лікарські амбулаторії, а на третині - дільничні лікарні, до складу яких входять і лікарські амбулаторії.

Чисельність лікарів на сільських дільницях протягом останніх років не змінюється і не перевищує 8,5-8,6 тисяч. У 1997 р. в середньому на одній сільській лікарській амбулаторії працювало 2 лікарі, а середня кількість населення на дільниці становила 4,4 тисячі чоловік, тобто за цими узагальненими даними на 1 лікаря припадало приблизно 2200 чоловік.

Долікарську медичну допомогу сільським жителям забезпечують фельдшерсько-акушерські пункти, кількість яких у 1999 р. становила 16197.

Слід відзначити їх недостатню укомплектованість середнім медичним персоналом.

Це стосується також лікарських посад в амбулаторіях. До того ж значна частина сіл взагалі не має медичних закладів, що зумовлено передусім малою чисельністю населення.

Вказані обставини спонукають до пошуку різних організаційних форм, а саме виїзних та пересувних видів медичної допомоги.

Наявність значної кількості сіл з малою чисельністю населення та незадовільний стан шляхів сполучення стримують розвиток мережі ЛПЗ для забезпечення доступної лікувально-профілактичної допомоги.

Суттєве скорочення ліжкового фонду дільничних лікарень не слід розглядати як самоціль. В містах скорочення ліжкового фонду супроводжується розширенням стаціонарозамінюючої допомоги, в сільській місцевості це зробити досить складно. Скорочення ліжкового фонду дільничних лікарень необхідно компенсувати збільшенням обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги.

За останні роки *загальне число лікарських закладів* на сільських дільницях *не змінилося*. При скороченні числа дільничних лікарень збільшилось число лікарських амбулаторій (табл. 6).

* Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренко. - К. - 1998. - 310 с.

Таблиця 6

Кількість ЛПЗ на сільських лікарських дільницях у 1996-1999 роках

Заклади	Роки			
	1996	1997	1998	1999
Лікарські амбулаторії	1907	2152	2217	2303
Дільничні лікарні	1293	1047	1009	1000

В подальшому, відповідно до указу Президента України (1999 р.), при реформуванні охорони здоров'я не слід ліквідувати сільські дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти та скорочувати чисельність працюючих. Потрібно використовувати всі ці заклади для надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, збільшивши чисельність лікарів і середніх медичних працівників для забезпечення її достатнього обсягу.

Експеримент перебудови ПМСД на засадах сімейної проводиться в Житомирській, Київській, Львівській, Тернопільській, Хмельницькій та інших областях.

Аналіз даних, наведених в монографії А.Р. Уваренка, В.Д. Парія (1998 р.), свідчить, що в процесі реформування сільської охорони здоров'я в Житомирській області значна увага надавалась збереженню мережі медичних закладів сільської лікарської дільниці. За період з 1990 по 1998 рр. їх число збільшилось із 150 до 187. Зменшилась чисельність населення, закріпленого за 1 лікарською дільницею. Збільшилося число ліжок в денних стаціонарах амбулаторій, в них було проліковано більше 50 тис. хворих. Були організовані денні стаціонари при ФАПах.

При впровадженні на селі *сімейної медицини* повинна бути збережена етапність в організації допомоги при зміні функцій лікувально-профілактичних закладів. Вона повинна відбуватися поступово з врахуванням регіональних особливостей і забезпеченням насамперед оптимізації медичної допомоги.

Сільська лікарська дільниця відіграє важливу роль у наданні загальнодоступної медичної допомоги, проведенні профілактичних і оздоровчих заходів.

При організації сільських дільниць враховується:

- чисельність населення;
- особливості його розселення;
- площа території району;
- відстань між поселеннями;
- стан шляхів.

У регіонах і районах може бути різна кількість сільських лікарських дільниць. Число поселень на дільниці в середньому досягає дев'яти.

Ці особливості, як і малу щільність населення, зменшення числа жителів у селах, соціально-економічні зміни сільськогосподарського виробництва та інші слід враховувати при створенні, реорганізації, подальшому розвитку мережі ЛПЗ.

На кожному етапі діяльність усіх медичних закладів взаємопов'язана.

Керує нею *головний лікар* дільничної лікарні (амбулаторії).

Він *відповідає* за організацію лікувально-профілактичної допомоги, санітарно-епідеміологічний стан дільниці, роботу медичних закладів і безпосередньо підпорядкований головному лікарю району.

Багатопланова і різноманітна діяльність медичних закладів сільської лікарської дільниці потребує узгодженості їх дій.

Важливо визначити першочерговість певних лікувально-профілактичних і санітарно-оздоровчих заходів. Їх здійснення значною мірою залежить від розробки головним лікарем обґрунтованих та реальних управлінських рішень, викладених у плані роботи дільниці.

Завдання сільської лікарської дільниці:

- надання лікувально-профілактичної допомоги населенню (амбулаторної, домашньої, на деяких дільницях - стаціонарної);
- проведення протиепідемічних заходів;
- проведення заходів з охорони здоров'я матері та дитини (патронаж вагітних, динамічне спостереження за дітьми та підлітками, прийняття пологів при нормальному перебігу вагітності);
- здійснення поточного санітарного нагляду за територією, об'єктами господарської діяльності, освітніми та виховними закладами;
- вивчення стану здоров'я населення;
- проведення заходів щодо гігієнічного виховання населення.

Головний заклад - *дільнична лікарня* чи *самостійна лікарська амбулаторія*. Село із значною чисельністю населення та певною інфраструктурою, в якому вона розташована, називається пунктовим. Воно знаходиться, як правило, в адміністративно-економічному центрі дільниці. Підрозділи дільничної лікарні представлені на малюнку 14.

Головний лікар

Амбулаторія

Інші підрозділи

Стаціонар

клінічна
лабораторія

фізіо-
терапевтичний
кабінет

I
рентгено-
графічний
(флюоро-
графічний)
кабінет

кабінет
функціо-
нальної
діагностики

Мал. 14. Структура дільничної лікарні,

В *стаціонарі* дільничної лікарні одна посада лікаря-ординатора встановлюється для терапевтичного відділення на 25, педіатричного - на 20 ліжок. Якщо в лікарні є обладнаний рентгенівський кабінет, то, залежно від потужності стаціонару, встановлюється 0,5 (чи більше) посади лікаря-рентгенолога і відповідно рентгенолаборантів.

Основні завдання дільничної лікарні:

- забезпечення населення дільниці амбулаторною та стаціонарною лікарською допомогою;
- здійснення лікувально-профілактичних і загальнооздоровчих заходів з охорони здоров'я матері та дитини;
- організація та проведення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності та травматизму;
- запровадження сучасних методів профілактики, діагностики та лікування;
- організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я лікарської дільниці.

Обсяг і профілі *стаціонарної допомоги* визначають, виходячи з потужності лікарні, укомплектованості відповідними фахівцями. Незалежно від потужності стаціонару в будь-якій сільській лікарні повинна надаватись допомога терапевтичним та інфекційним хворим. В ній повинні приймати пологи, забезпечувати невідкладну хірургічну та лікувально-профілактичну допомогу дітям.

В *сільських дільничних лікарнях* лікують переважно хворих терапевтичного профілю. Значну частину їх госпіталізують не стільки за медичними, скільки за соціальними показаннями (одинокі люди похилого віку, що потребують догляду та проведення підтримуючого лікування). Протягом тривалого часу частка таких хворих коливалася в межах 40-60 %.

Дільничні лікарні малопотужні, їх кадрове та матеріально-технічне забезпечення недостатнє. Внаслідок зростання вимог до якості медичної допомоги населення тяжіє до закладів, які надають спеціалізовану та більш якісну допомогу.

Інтенсивність використання ліжкового фонду на всіх трьох етапах протягом тривалого часу була недостатня. Проте в 1999 р. становище покращалось: середня зайнятість ліжка в дільничних лікарнях досягла 330,7 днів, у ЦРЛ - 318,6 і в обласних лікарнях - 335,8.

При досить суттєвому скороченні ліжкового фонду країни майже на 30 % за період з 1991 по 1999 рр. найбільш значним воно було в дільничних лікарнях - на 70 %, у лікарнях подальших етапів це скорочення було меншим (табл. 7).

Відповідно до цього *обсяги надання* сільському населенню *стаціонарної допомоги* значно зменшилися саме на первинному рівні, тобто в дільничних лікарнях.

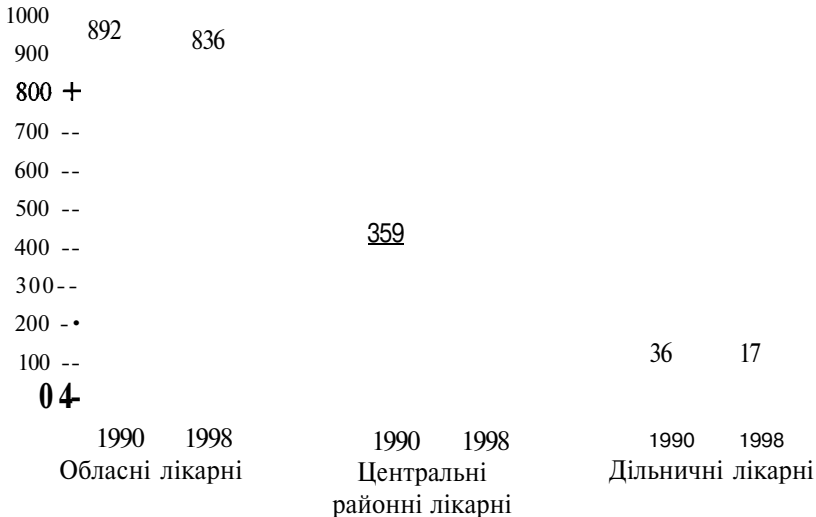
На II етапі, який забезпечує спеціалізовану (вторинну) допомогу, зменшення було менш значним, на III, незважаючи на скорочення ліжкового фонду, цей показник майже не змінився.

Таблиця 7

Динаміка кількості лікарняних ліжок у різних лікарнях

Тип лікарні	Кількість ліжок (абсолютні цифри)		% зниження числа ліжок
	1991 рік	1999 рік	
Обласні	28545	21768	-24,0
Центральні районні	171732	112248	-35,0
Дільничні	53000	16337	-70,0

Пропорційно зменшилася також і середня потужність лікарняних закладів (мал. 15).



Мал. 15. Середня потужність лікарень різних етапів надання медичної допомоги сільському населенню (кількість ліжок).

Важливим розділом роботи сільської лікарської дільниці є *амбулаторна допомога*.

Сільська амбулаторія здійснює:

- раннє виявлення захворювань і факторів ризику;
- своєчасне лікування хворих в амбулаторії та вдома;
- відбір осіб, які потребують диспансерного спостереження, своєчасне їх обстеження, лікування та оздоровлення;
- організацію швидкої та невідкладної допомоги;
- направлення на консультації і підготовку до огляду лікарями-спеціалістами районних закладів при їх плановому виїзді на сільську лікарську дільницю;
- своєчасну госпіталізацію хворих;
- експертизу тимчасової непрацездатності;
- направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) хворих з ознаками стійкої непрацездатності;
- динамічне спостереження за станом здоров'я жінок і дітей;

- складання графіків і проведення консультативних прийомів хворих на території діяльності ФАПів;
- проведення оздоровчих і протиепідемічних заходів.

До *структури амбулаторії*, як складової частини лікарні, входять реєстратура, кабінети лікарів, маніпуляційний, перев'язувальний кабінети.

Якщо на дільниці діє самостійна лікарська амбулаторія, до її складу мають також входити лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи (кабінети фізіотерапевтичний, рентгенографічний, функціональної діагностики, а також клінічна лабораторія).

Амбулаторну допомогу в сільських лікарських амбулаторіях надають лікарі: *терапевти, педіатри, стоматологи*.

Відповідно до наказу МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. на 1000 дорослого населення орієнтовно передбачено 0,6 посади терапевта та 0,25 посади стоматолога, на 1000 дитячого - 1,25 посади педіатра та 0,25 посади стоматолога.

Посади акушерів-гінекологів і хірургів встановлюють за умови, що чисельність населення на дільниці буде перевищувати 10 тисяч.

На сьогоднішній день, з огляду на конкретні умови, можна створювати лікарські амбулаторії в сільських населених пунктах з чисельністю понад 1000 жителів, передбачивши обов'язково, крім терапевта, ще й посаду педіатра.

Обсяг і якість амбулаторної допомоги на сільській дільниці залежать від укомплектування штатних посад, кваліфікації медперсоналу, матеріально-технічного забезпечення, налагодження взаємозв'язків із ЛПЗ наступних етапів.

Ефективність роботи амбулаторії залежить від злагодженої діяльності всіх її підрозділів.

Важливе значення має, зокрема, робота *реєстратури*, до основних завдань якої належать:

- запис на прийом;
- реєстрація викликів до хворих і визначення терміновості їх виконання (у цьому беруть участь середні медичні працівники);
- оформлення та збереження медичної документації;
- довідково-інформаційне забезпечення.

Особливої уваги заслуговує складання *графіка прийому лікарів* з урахуванням сезонності виробничої діяльності. Вони узгоджуються з центральною районною лікарнею (ЦРЛ), органами місцевого самоврядування та адміністрацією виробничих колективів. Інформацію про години роботи амбулаторії доводять до відома населення.

В графіку мають бути передбачені консультативні прийоми лікарів-спеціалістів ЦРЛ. Частота виїздів спеціалістів ЦРЛ для надання консультативної допомоги сільському населенню встановлюється відповідно до потреби з урахуванням можливостей ЦРЛ.

В графіку повинен бути виділений час для роботи на ФАПах.

На сільській лікарській дільниці обслуговування викликів здійснюють переважно лікарі, проте у віддалених від пунктового села поселеннях до цього залучають і середній медичний персонал.

Активне лікарське спостереження за хворими в домашніх умовах ускладнене, тому до цієї роботи залучають середніх медичних працівників.

Важливу роль в медичному забезпеченні відіграють - *фельдшерсько-акушерські пункти*. Медичний персонал ФАПів надає населенню лікувально-профілактичну допомогу, здійснює комплекс профілактичних, оздоровчих, протиепідемічних заходів, здійснює поточний санітарний нагляд, забезпечує раннє виявлення інфекційних захворювань.

Цей перелік свідчить про те, що саме вони розпочинають надавати первинну медико-санітарну допомогу, оскільки обслуговують значну частину сільських жителів - 33-37 %.

При формуванні мережі ФАПів враховують чисельність населення в конкретному поселенні, а також відстань від нього до пунктового села.

Згідно з діючими нормативами ФАПи можна організовувати у селах, що знаходяться:

- на відстані 6 км і більше від пунктового села з чисельністю населення, меншою від 300 чоловік;
- на відстані не менше 2 км від пунктового села з чисельністю населення 700 і більше жителів.

Проте ці нормативи не повинні стримувати розвиток мережі ФАПів за умов існуючого або можливого в подальшому зменшення чисельності населення. Фактично в сучасних умовах ФАПи чи фельдшерські пункти можуть створюватись і в поселеннях, де мешкає менше 200 жителів. Наприклад, у Житомирській області 12,7 % ФАПів функціонують саме у таких селах, при цьому близько 51 % їх віддалені на 7 км і більше від лікарської амбулаторії.*

Здійснювана медичними працівниками ФАПів робота складається з двох розділів і представлена на малюнку 16.

Важлива роль у діяльності ФАПів відводиться *профілактиці травматизму* та забезпеченню санітарно-епідемічного благополуччя. З цією метою медичні працівники здійснюють поточний санітарний нагляд за освітньо-виховними закладами, фермами та переробними виробництвами, джерелами водопостачання тощо, проводять щеплення відповідно до діючого календаря і за епідеміологічними показаннями.

За даними дослідження, проведеного в Житомирській області, на профілактичну роботу ФАПи витрачають близько 30 % робочого часу.

Досить значну частину робочого дня займає амбулаторний прийом хворих і надання їм медичної допомоги вдома.

* А.Р. Уваренко, В.Д. Парій. Первинна медико-санітарна допомога на селі. Монографія. - Житомир. Полісся.-1998. -208 с.



Мал. 16. Основні напрямки діяльності фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП).

За даними 1997 р., 68 % хворих отримують медичну допомогу на ФАПах і одна третина (32 %) - вдома, навантаження на одну зайняту посаду досягає майже 2900 відвідувань.

Покращання медичного забезпечення сільського населення потребує збільшення *обсягу лікарської допомоги*. З огляду на це медичний персонал ФАПів має зменшити витрати часу на самостійне амбулаторне обслуговування хворих і обмежитись в лікувальній роботі переважно виконанням призначень лікаря.

Такі зміни можливі при належному укомплектуванні сільських дільниць лікарями і здійсненні ними систематичних прийомів хворих на ФАПах.

Покращання лікувально-профілактичної роботи можливе також за рахунок зменшення витрат часу на ведення медичної документації.

Безпосередня участь у медичному забезпеченні вагітних і дітей на ФАПах детально висвітлена у відповідних розділах підручника.

Центральна районна лікарня

Вторинна спеціалізована лікувально-профілактична допомога сільському населенню надається в районних медичних закладах.

Провідним закладом II етапу є центральні районні лікарні (ЦРЛ), кількість яких досягає 488. В них розміщена чверть ліжкового фонду держави.

ЦРЛ забезпечує надання *спеціалізованої кваліфікованої* допомоги населенню району і є *центром організаційно-методичної роботи*, оскільки здійснює керівництво всіма лікувально-профілактичними закладами на території району, несе відповідальність за організацію та якість медичної допомоги. Посади персоналу ЦРЛ встановлюються згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р.

Очолює роботу *ЦРЛ головний лікар*, який одночасно є *головним лікарем району*. Він здійснює загальне керівництво охороною здоров'я, відповідає за організацію медичної допомоги, за лікувально-діагностичну, профілактичну, адміністративно-господарчу та фінансову діяльність лікарні.

До адміністративно-управлінського персоналу відносяться *заступники головного лікаря*:

- з медичної частини (при наявності 100 та більше ліжок);
- з медичного обслуговування населення району;
- з експертизи тимчасової непрацездатності при наявності не менше 25 лікарських посад на амбулаторному прийомі (при меншій кількості лікарів його функції виконує завідувач поліклініки);
- з дитинства та пологової допомоги в районах з населенням 70 тисяч і більше замість посади лікаря-педіатра районного;
- з економічних питань (при наявності ПО і більше ліжок).

Встановлюється також посада *завідувача поліклініки* при умові, що в поліклініці є не менше 30 лікарських посад.

У штаті передбачений також завідувач господарством.

Обов'язки та функції *заступників з медичної частини та експертизи тимчасової непрацездатності* аналогічні обов'язкам і функціям відповідних заступників головного лікаря міської лікарні.

Заступник головного лікаря з медичного обслуговування населення відповідає за лікувально-профілактичну роботу в ЛПЗ району та організаційно-методичну роботу.

Заступник головного лікаря з дитинства та пологової допомоги відповідає за організацію медичного забезпечення дітей та акушерсько-гінекологічну допомогу в районі.

Посади лікарів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги встановлюються з розрахунку на 1000 населення залежно від місця його проживання:

- для жителів населеного пункту, де розташована лікарня;
- для жителів, які проживають поблизу населеного пункту, в якому розташована лікарня (приписна дільниця);

- для жителів, які проживають на іншій території та обслуговуються лікарнею (без урахування населення території діяльності районної лікарні).

Посади лікарів у стаціонарі залежать від кількості ліжок і профілю відділень.

Основні завдання ЦРЛ:

- безпосереднє надання первинної амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню райцентру та приписної дільниці;

- надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги всьому населенню району;

- надання спеціалізованої стаціонарної допомоги всьому населенню району;

- забезпечення швидкою та невідкладною медичною допомогою населення району;

- впровадження в практику роботи ЛПЗ району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування;

- організація консультативної допомоги;

- організаційно-методичне керівництво роботою всіх ЛПЗ району, а також контроль за їх діяльністю;

- розробка та впровадження заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення;

- розробка, організація та здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації медичних кадрів та раціонального використання медичних кадрів і матеріально-технічних ресурсів;

- планування, фінансування та організація матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я району.

Виконання цих складних і багатопланових завдань покладено на відповідні структурні підрозділи у лікарні (мал. 17)

У випадках, коли потужність деяких ЦРЛ не дозволяє створювати спеціалізовані відділення (офтальмологічні, урологічні, травматологічні), створюють *міжрайонні відділення*.

Завдання цих відділень такі:

- спеціалізована стаціонарна допомога населенню закріплених районів;

- консультативний прийом хворих закріплених районів;

- впровадження в практику роботи ЛПЗ закріплених районів сучасних методів профілактики, діагностики та лікування;

- підвищення кваліфікації медичного персоналу районних і дільничних ЛПЗ;

- консультативна допомога медичним працівникам, організаційно-методичне керівництво;

- розробка заходів, спрямованих на покращання спеціалізованої допомоги населенню закріплених районів за відповідним профілем.

Управління охороною здоров'я населення району потребує співпраці всіх посадових осіб ЛПЗ району.

Важливу роль у цій роботі відіграє *організаційно-методичний кабінет*, очолюваний заступником головного лікаря з медичного обслуговування

Центральна районна лікарня

Управління лікарнею

Господарча частина

Поліклініка
(відділення, кабінети із
15-17 спеціальностей)

Стационар
(відділення з 7-8
основних профілів)

→ Терапевтичні

Хірургічні

Педіатричні

Акушерські

Гінекологічні

Неврологічні

Інфекційні

Лікувально-допо-
міжні та діагнос-
тичні підрозділи
(лабораторія,
рентгенофізіоте-
рапевтичне відді-
лення та інші)

Травматологічні та інші

Інші підрозділи

Організаційно-
методичний
кабінет або
інформаційно-
аналітичне
відділення

Відділення швидкої та
невідкладної допомоги

Медичний архів

Кухня

Патологоанатомічне відділення

Мал. 17. Структура центральної районної лікарні.

населення району. В останній час замість цих кабінетів в складі ЦРЛ створюють *інформаційно-аналітичні відділення* (згідно з наказом МОЗ України № 127 від 21.05.1998 р.).

Штатними в них є посади лікарів-методистів, фельдшерів, акушерок, медичних статистиків, операторів персональних комп'ютерів тощо (залежно від чисельності населення).

Напрямки організаційно-методичної роботи:

- аналіз показників здоров'я населення;
- аналіз показників роботи ЛПЗ району;
- вивчення та розповсюдження передового досвіду роботи;
- планування та організація виїздів спеціалістів ЦРЛ на сільські дільниці для консультативної допомоги населенню та лікарям;
- планування та забезпечення проведення профілактичних медичних оглядів;
- планування та організація підвищення кваліфікації медичних працівників районних і дільничних ЛПЗ;
- розробка заходів щодо покращання медичного забезпечення населення району.

Безпосередньою організацією лікувально-профілактичної допомоги з окремих спеціальностей займаються *районні (головні) спеціалісти*, обов'язки яких виконують досвідчені лікарі (переважно завідувачі відділень ЦРЛ). Вони аналізують також показники здоров'я та діяльності конкретної служби, впроваджують нові методи діагностики та лікування, планують заходи щодо підвищення кваліфікації спеціалістів відповідних фахів, здійснюють експертизу обсягу та якості медичної допомоги, аналізують медичну документацію, вивчають скарги та пропозиції населення.

Оцінка численної інформації, що стосується діяльності відповідних служб дозволяє розробити конкретні заходи щодо розвитку та покращання медичної допомоги певного профілю.

Районні спеціалісти здійснюють організаційно-методичне керівництво диспансеризацією, беруть безпосередню участь у її проведенні, оскільки лікарі, що забезпечують первинну медико-санітарну допомогу на дільницях і в районних ЛПЗ не в змозі самостійно виконати цей відповідальний і складний розділ роботи.

Провідними закладами третього етапу медичного забезпечення населення області є *обласні лікарні*. Кількість їх становить 27, в них розміщено 21768 ліжок, тобто 5 % всього ліжкового фонду держави. Вони забезпечують населення високоспеціалізованою допомогою.

Поряд із безпосередньою участю в забезпеченні стаціонарної та консультативної поліклінічної допомоги обласна лікарня координує лікувально-профілактичну та організаційно-методичну роботу, яку здійснюють лікарні та диспансери в містах і районних центрах області. Цей заклад є базою для підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу.

Посади медичного персоналу обласних лікарень встановлюються згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. Для надання консультативної

поліклінічної допомоги вони передбачені більше ніж з 20 спеціальностей і розраховуються на 100 тисяч дорослого населення області. Кількість посад лікарів спеціалізованих відділень стаціонару залежить від їх потужності. З окремих спеціальностей встановлюють додаткові посади у зв'язку з необхідністю забезпечення екстреною допомогою населення області (попри передбачену кількість ліжок у відділенні).

На спеціалізацію ліжкового фонду обласних лікарень, як і на формування всієї мережі ЛПЗ області, впливають такі чинники:

- чисельність і склад населення;
- стан здоров'я (регіональні особливості захворюваності, інвалідності, смертності);
- природні умови;
- соціально-економічний розвиток області, галузі сільського господарства, види та потужності підприємств, характер розміщення виробництва;
- особливості розселення: чисельність населення міст, райцентрів, сіл, відстань між поселеннями, рівень розвитку транспортної мережі;
- стан і рівень розвитку існуючої мережі ЛПЗ.

Очолює обласну лікарню *головний лікар*. Він несе відповідальність за надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги, підбір кадрів і підвищення кваліфікації медичного персоналу, за матеріально-технічне забезпечення лікарні та доцільне використання фінансових коштів, організаційно-методичну роботу.

До *управлінського персоналу обласної лікарні* відносяться заступники:

- з медичної частини;
- з хірургічної допомоги (в лікарні на 800 і більше ліжок, при умові, що 300 з них хірургічного профілю);
- з організаційно-методичної роботи;
- з експертизи тимчасової непрацездатності (при наявності не менше 25 посад лікарів амбулаторного прийому).

Основні завдання обласної лікарні:

- забезпечення населення області в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативною поліклінічною допомогою;
- організація та надання екстреної та консультативної медичної допомоги на території області;
- впровадження в практику роботи лікарні сучасних методів і засобів діагностики, лікування, досвіду роботи кращих ЛПЗ;
- підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів області;
- організація, керівництво та контроль за статистичним обліком і звітністю, складання зведених звітів, аналіз показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області;
- розробка заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення та на покращання здоров'я населення.

Реалізацію цих завдань забезпечують підрозділи, представлені на мал. 18.

Обласна лікарня

Управління лікарнею

Господарча частина

Консультативна
поліклініка
(відділення, кабінети)

Стационар
(відділення, центри)

Кардіологічне

Гастроентерологічне

Алергологічне

Гематологічне

Опікове

Щелепно-лицевої хірургії
та інші

Лікувально-допоміжні
та діагностичні під-
розділи (рентгено-,
фізіотерапевтичне
відділення, УЗД,
ендоскопія,
лабораторія та інші)

Інші
підрозділи

Відділення
екстреної та
планово-
консультативної
допомоги

Аптека

Організаційно-
методичний
відділ або центр
медичної
статистики

Кухня

Медичний архів

Медична бібліотека

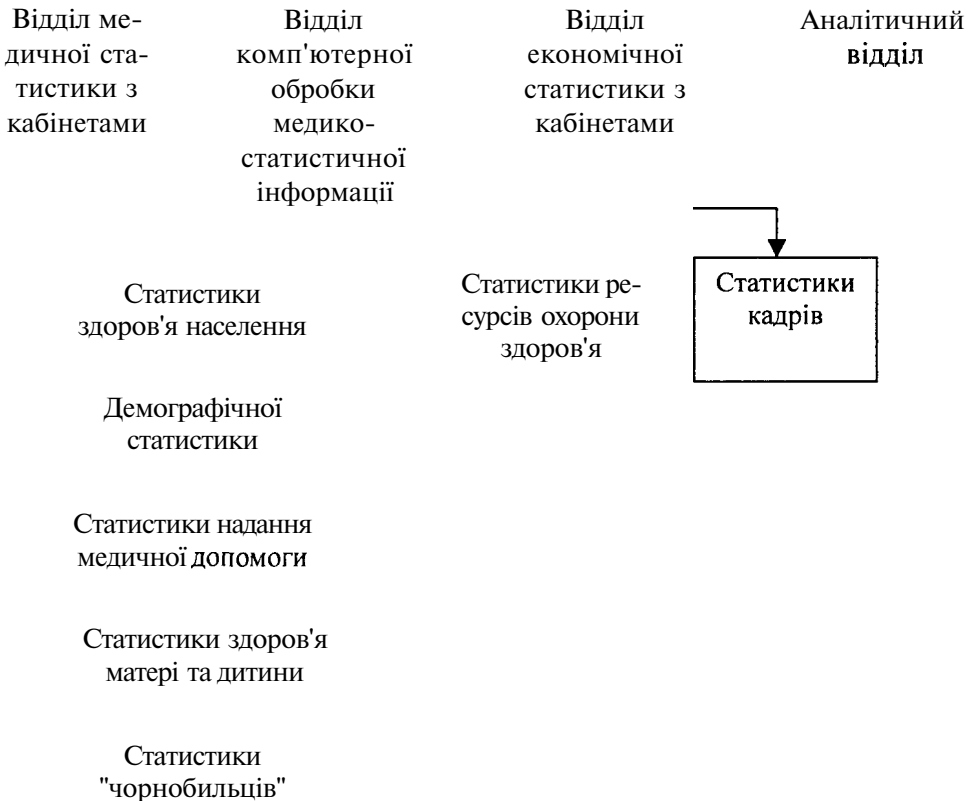
Патологоанатомічне
відділення

Мал. 18. Структура обласної лікарні.

При обласній лікарні функціонують пансіонат (для хворих, які приїждять на консультацію чи амбулаторне лікування) та гуртожиток (для медичних працівників).

Згідно з наказом МОЗ України № 127 від 21.05.1998 р. замість організаційно-методичного відділу створюються *центри медичної статистики* управління охорони здоров'я обласної держадміністрації з такими відділами та підрозділами (мал. 19):

Начальник центру



Мал.19. Структура центру медичної статистики.

- статистики;
- економічної статистики;
- аналітичним;
- комп'ютерної обробки медико-статистичної інформації.

Працівники центру контролюють якість статистичного обліку та звітності в медичних закладах, проводять семінари, інструктаж з метою підготовки

керівників і відповідних працівників ЛПЗ щодо порядку ведення облікових документів і складання статистичних звітів.

Вони перевіряють та приймають звіти підпорядкованих ЛПЗ або управлінських підрозділів, складають зведені звіти по області та аналізують їх дані.

За даними звітів ЛПЗ складається щорічний звіт про мережу та діяльність медичних закладів (ф. № 47 - здоров).

На центри медичної статистики покладено проведення періодичних спеціальних досліджень стану здоров'я населення і діяльності медичних закладів, підготовку до видання збірників з відповідними статистичними матеріалами.

На основі узагальнення фактичних даних про стан здоров'я населення та роботу ЛПЗ і служб охорони здоров'я здійснюється підготовка відповідних статистичних матеріалів для видання їх у встановленому порядку.

Важливим структурним підрозділом обласної лікарні є *консультативна поліклініка*, до функцій якої відносяться:

- надання високоспеціалізованої консультативної допомоги хворим за направленнями лікувально-профілактичних закладів області;
- вирішення питань про подальше лікування проконсультованих хворих з визначенням медичної технології та місця;
- залучення до консультації висококваліфікованих лікарів-спеціалістів лікарні та інших ЛПЗ, а також працівників науково-дослідних інститутів і медичних вузів;
- направлення до ЛПЗ, які надіслали на консультацію хворих, висновків із зазначенням установленого в поліклініці діагнозу, проведеного та рекомендованого лікування;
- розробка для ЛПЗ області пропозицій (пам'яток) про порядок та показання для направлення хворих до консультативної поліклініки;
- організація та проведення (разом з відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги) виїзних консультацій лікарів-спеціалістів до районів, а також заочних консультацій для лікарів ЛПЗ області;
- систематичний аналіз по районах області випадків розбіжностей діагнозів між ЛПЗ, які направили хворих на консультацію, та консультативною поліклінікою;
- аналіз помилок, допущених лікарями ЛПЗ при обстеженні та лікуванні хворих перед направленням їх до консультативної поліклініки;
- складання оглядів і інформаційних листків про стан і рівень лікувально-діагностичної роботи в районах і ЛПЗ області.

Одним із завдань обласної лікарні є *організація та надання екстреної і планово-консультативної допомоги*. Ця робота планується та виконується самостійним підрозділом-відділенням з аналогічною назвою. Воно організовує цілодобову диспетчерську службу (фельдшерську) прийому та реєстрації викликів із лікарень районів, міст області і забезпечує своєчасне надання екстреної та планово-консультативної допомоги населенню. До роботи залучають спеціалістів обласної лікарні, інших ЛПЗ області, співробітників медичних вузів,

науково-дослідних інститутів за узгодженням з відповідними закладами та установами, згідно з наказом відповідного управління охорони здоров'я.

Після надання необхідної медичної допомоги на місці, у разі необхідності, відділення забезпечує транспортування хворих до обласного центру, в окремих випадках за межі області до відповідних ЛПЗ.

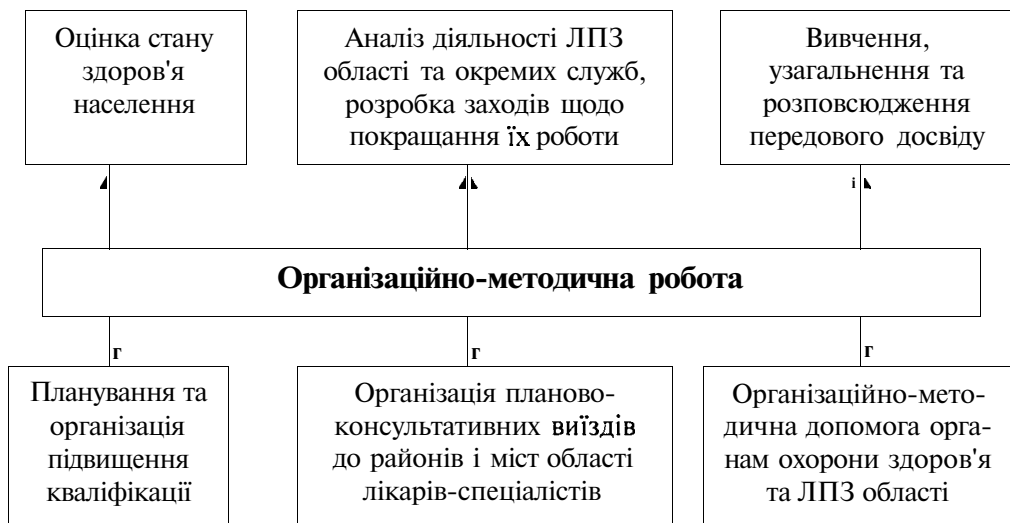
З цією метою воно використовує як санітарну авіацію, так і наземний транспорт, залежно від стану хворого, відстані, метеорологічних умов, сезону, часу доби тощо.

За вказівкою головного лікаря обласної лікарні відділення забезпечує при потребі доставку до районів і міст необхідних медичних вантажів, донорської крові та її препаратів, консервованих органів і тканин, медикаментів тощо.

У відділенні ведеться облік викликів, результатів лікування тощо.

Відділення контролює стан виконання лікарями-спеціалістами обласної лікарні планових консультацій в ЛПЗ районів і міст.

На рівні області здійснюється значний обсяг організаційно-методичної роботи (мал. 20).



Мал. 20. Основні розділи організаційно-методичної роботи обласної лікарні.

В ній беруть участь головні обласні спеціалісти.

Разом з працівниками центрів медичної статистики вони забезпечують планування та здійснення систематичних виїздів лікарів-спеціалістів до ЛПЗ районів і міст області і проводять таку роботу:

- консультують хворих з залученням лікуючих лікарів;
- хірурги при потребі здійснюють операції разом із спеціалістами ЛПЗ;
- беруть участь у науково-практичних і патологоанатомічних конференціях.

Вони повинні не тільки консультувати хворих, але обов'язково перевіряти організацію надання допомоги за конкретною спеціальністю з урахуванням

інформації про зміст і терміни виконання їх рекомендацій при попередніх виїздах.

Після завершення виїзду спеціаліст складає звіт про стан медичної допомоги певного профілю з вказівкою рекомендацій щодо покращання лікувально-профілактичної роботи.

На основі звітів спеціалістів розробляються заходи щодо усунення недоліків і доводяться до відома підпорядкованих обласному управлінню лікувально-профілактичних закладів.

На IV етапі медичного забезпечення сільському населенню надається високоспеціалізована допомога *міжобласними або державними центрами* - клінічними установами, які можуть входити до складу відповідних науково-дослідних інститутів, вузів або потужних міських і деяких обласних лікарень.

Організаційно-штатна структура, можливості та особливості функціонування ЛПЗ, які забезпечують медичну допомогу сільському населенню на різних етапах, залежать від багатьох чинників.

З огляду на спрямованість розвитку та реформування системи лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню в окремих регіонах України вона буде відрізнитися, хоча основні засади організації медичного забезпечення, безсумнівно, будуть збережені.

Реформування лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню має проводитись з урахуванням наступності та взаємодії ЛПЗ всіх етапів і раціонального розподілу ресурсів між ними.

При упорядкуванні мережі доводиться враховувати певні протиріччя щодо можливості забезпечення своєчасної та доступної стаціонарної допомоги, необхідності створення потужних спеціалізованих відділень на II етапі, тобто в районних лікарнях.

Найбільш наближені до населення дільничні лікарні можуть бути нерентабельними як з медичних, так і з економічних позицій. У разі переорієнтації їх ліжкового фонду на II етап збільшується відстань від окремих поселень до ЦРЛ. Проте в багатьох випадках у сучасних умовах радіус обслуговування населення стаціонарною допомогою вже не має такого принципового значення, з огляду на поліпшення стану шляхів і розвиток автомобільного сполучення.

Покращання діяльності всіх закладів медичної допомоги сільському населенню потребує обґрунтованих управлінських рішень щодо визначення їх ролі та місця на всіх етапах, доцільності відповідного розміщення, мети використання ліжкового фонду дільничних лікарень.

При формуванні у районі інфраструктури ЛПЗ слід індивідуально вирішувати питання про скорочення мережі дільничних лікарень з урахуванням багатьох чинників і збереження оптимальної забезпеченості сільського населення стаціонарною допомогою.

Особливості різних регіонів потребують подекуди при скороченні ліжкового фонду дільничних лікарень заміни звичної триетапної системи надання стаціонарної допомоги (дільничні, районні, обласна лікарні) двохетапною (районні, обласна лікарні).

Скорочення ліжок у дільничних лікарнях можна компенсувати певним чином за рахунок стаціонарозамінюючої допомоги - денних стаціонарів. Доцільно також мати певну кількість ліжок у сільській амбулаторії (3-5 ліжок) для тимчасової госпіталізації хворих, що потребують стаціонарного лікування на наступних етапах.

Скорочення стаціонарної допомоги на першому етапі має бути компенсоване збільшенням обсягу лікарської амбулаторної допомоги та її наближенням до сільських жителів, що можливе за умови поступової заміни фельдшерських закладів лікарськими.

Покращання якості лікувально-профілактичної допомоги вимагає подальшого розвитку швидкої та невідкладної допомоги, яка забезпечується на II етапі районними лікарнями.

Управлінські рішення повинні бути спрямовані на збереження мережі закладів лікарської допомоги, оскільки від цього залежить її доступність.

Реорганізація системи лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню повинна відбуватись поступово. Ліжка дільничних лікарень можуть використовуватись як медико-соціальні і для відділень сестринського догляду, тобто мова йде не про механічне скорочення стаціонарної допомоги на I етапі, а про її переорієнтацію на нові організаційні форми, доцільні з точки зору економічної ефективності і соціально-психологічних позицій. З цим пов'язано відношення населення до реорганізації медичного забезпечення, сприйняття ним змін в системі охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Чинники, що визначають організацію медичного забезпечення сільського населення (соціально-економічні, медико-демографічні).
2. Характеристика етапного надання медичної допомоги сільському населенню.
3. Етапи надання медичної допомоги сільському населенню, їх лікувально-профілактичні заклади.
4. Стан амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги сільському населенню.
5. Завдання сільської лікарської дільниці та можливі варіанти медичного забезпечення населення.
6. Завдання дільничної лікарні та сільської амбулаторії.
7. Особливості формування мережі ФАПів і суть роботи її медичних працівників.
8. Чим визначається значущість ЦРЛ у системі медичного забезпечення населення?
9. Основні завдання ЦРЛ.
10. Особливості структури ЦРЛ.
11. Суть організаційно-методичної роботи ЦРЛ, роль районних спеціалістів в організації лікувально-профілактичної допомоги.
12. Значення обласної лікарні в системі медичного забезпечення населення області, її основні завдання.
13. Структурні підрозділи обласної лікарні.
14. Особливості діяльності основних структурних підрозділів обласної лікарні.
15. Сучасні чинники можливих змін ролі окремих лікувально-профілактичних закладів в медичному забезпеченні сільського населення.

6.6. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах

У цьому підрозділі йдеться про принципи організації медико-санітарної частини, її структуру, штати, основні розділи роботи, а також завдання, обов'язки і функції окремих підрозділів і посадових осіб.

Розглядаються також нові форми організації медичної допомоги працюючим в умовах економічної кризи.

Виділення в самостійну галузь організації лікувально-профілактичної допомоги працюючим було викликано рядом обставин і перш за все великими економічними збитками, які спричиняються захворюваністю з тимчасовою непрацездатністю.

Одним з напрямків організації діяльності органів і закладів охорони здоров'я, з урахуванням людських потреб, стало наближення лікувально-профілактичної допомоги до місця проживання і роботи населення.

Вирішення цього питання було розпочато у 1886 році. Під час тяжкої епідемії холери в Росії уряд видав указ про організацію медичної допомоги для робітників, згідно з яким власники промислових підприємств були зобов'язані організувати спеціальні лікарняні приміщення з розрахунку одне ліжко на 100 працюючих. Цей указ фактично започаткував розвиток фабрично-заводської медицини.

В подальшому, вже в роки Радянської влади, в Україні цьому питанню приділялась серйозна увага.

Медичну допомогу працюючим на промислових підприємствах спочатку надавали *пункти охорони здоров'я, заводські амбулаторії і поліклініки*. Згодом їм на зміну прийшли *медико-санітарні частини (МСЧ)*.

З 1939 року вони почали створюватись на великих промислових підприємствах і забезпечувались всім необхідним для проведення лікувально-профілактичної та протиепідемічної роботи.

Така перебудова в оборонній промисловості, особливо в період Великої Вітчизняної війни, була націлена на різке підвищення якості медичної допомоги робітникам, була пов'язана з необхідністю охорони її здоров'я, для забезпечення насамперед, військових потреб воюючої держави.

Саме тоді в багатьох медико-санітарних частинах промислових підприємств, на основі досвіду загальної територіальної поліклінічної служби, були введені посади *цехових лікарів*. Система виправдала себе в роки війни і у подальшому одержала широке розповсюдження в інших галузях промисловості.

Певна річ, наявність медико-санітарної частини на підприємстві не може забезпечити працюючих всіма видами спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги. Тому вони обслуговуються також і загальною лікувально-профілактичною мережею за місцем проживання - територіальною лікарнею і службою швидкої медичної допомоги.

Вузькоспеціалізована стаціонарна медична допомога (психіатрична, стоматологічна, проктологічна, алергологічна тощо) надається фахівцями спеціалізованих лікарень медичних центрів.

На перших етапах організації спеціалізована служба через малу потужність не могла задовольнити потреби працюючих у вузькоспеціалізованій і висококваліфікованій допомозі. Проведена значна робота щодо зміцнення та організації МСЧ у багатoproфільні потужні медичні заклади з поліклінікою та стаціонаром, зі штатом висококваліфікованих фахівців і сучасним обладнанням сприяла усуненню цих недоліків.

У сучасних умовах лікувально-профілактичну допомогу робітникам промислових підприємств надають медико-санітарні частини, територіальні лікарні, поліклініки, диспансери.

Принцип переважного обслуговування працюючих на промислових підприємствах (або наближення медичної допомоги до місця їх роботи) в найбільшій мірі втілюється в діяльності медико-санітарних частин.

Медико-санітарна частина (МСЧ) - це комплексне медичне об'єднання, в структурі якого є поліклініка, стаціонар, жіноча консультація, фельдшерські (як виняток лікарські) пункти охорони здоров'я. Вона надає лікувально-профілактичну, організаційно-методичну допомогу, здійснює керівництво санаторіями-профілакторіями, дієтичними їдальнями та підвідомчими дошкільними дитячими закладами. Іноді медико-санітарна частина може бути представлена лише однією самостійною поліклінікою.

Є два типи МСЧ:

- *відкриті* (обслуговують не тільки працюючих на підприємствах і членів їх сімей, а і населення, яке проживає в районі їх діяльності);

- *закриті* (надають медичну допомогу тільки працюючим на підприємстві).

В медико-санітарних частинах відкритого типу, крім цехових лікарських дільниць, створюють також територіальні терапевтичні дільниці відповідно до діючих нормативів.

Самостійні МСЧ організують на підприємствах із чисельністю працюючих не менше 4000 чоловік. Враховується також і характер виробництва - так, на виробництвах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці (хімічних, гірничорудних, вугільних, нафтопереробних) при чисельності працюючих 2500.

Штатні нормативи лікарів (згідно з наказом МОЗ України № 172 від 24.06.1998р.) встановлюють з розрахунку: лікарів-терапевтів цехових лікарських дільниць - 1 посада на 2000 працюючих (на державних підприємствах). Вони можуть використовуватись для промислових підприємств і будівельних організацій з меншою чисельністю працівників, при умові їх пайової участі в будівництві закладів охорони здоров'я.

На підприємствах із шкідливими та небезпечними умовами праці штатними нормативами передбачається відповідно 1 посада цехового лікаря-терапевта на 1500 працюючих.

Лікарів інших спеціальностей визначають з розрахунку 0,25 посади сумарно на 1000 працівників.

При наявності в МСЧ стаціонару, чисельність лікарів різних спеціальностей встановлюється відповідно до штатних нормативів міських лікарень.

До складу МСЧ входять також пункти охорони здоров'я - лікарські та фельдшерські.

Лікарські пункти охорони здоров'я організуються для підприємств, об'єктів капітального будівництва, транспорту, зв'язку, вищих і середніх навчальних закладів, сільських ПТУ і технічних училищ з числом працюючих (учнів) не менше 1200, при відсутності фельдшерського пункту охорони здоров'я.

При відсутності лікарських організуються фельдшерські пункти охорони здоров'я з числом працюючих (учнів) не менше 500.

Основними завданнями медико-санітарних частин є:

- максимальне наближення до місця роботи кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги;
- розробка та проведення спільно з санепідстанцією, адміністрацією та профспілками підприємств заходів, спрямованих на оздоровлення праці та побуту працюючих;
- запобігання та зниження загальної, професійної, з тимчасовою непрацездатністю захворюваності, травматизму, інвалідності.

Відповідно до основних завдань медико-санітарна частина *організовує та забезпечує:*

- кваліфіковану, спеціалізовану *медичну допомогу* у поліклініці і в стаціонарі;
- *диспансерне спостереження* за контингентами осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками, умовами праці, за медичними показаннями;
- *організацію та проведення* спільно із санепідстанцією попередніх, періодичних, цільових *медичних оглядів*;
- *експертизу* тимчасової непрацездатності;
- *заходи щодо реабілітації* хворих і інвалідів, включаючи й рекомендації щодо переведення на роботи з полегшеними умовами праці (спільно з адміністрацією підприємства та МСЕК);
- *медичний відбір* осіб, які за станом здоров'я потребують дієтхарчування;
- *направлення на санаторно-курортне лікування*, до санаторіїв-профілакторіїв;
- *аналіз причин* захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, травматизму, професійної захворюваності, участь в розробці заходів щодо їх профілактики та зниження;
- *своєчасне виявлення, госпіталізацію та інформування* санепідстанції про інфекційних хворих, нагляд за контактними, проведення щеплень та інших протиепідемічних заходів;
- *обговорення* спільно з профспілками підприємств показників захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, розробку комплексного

плану санітарно-оздоровчих заходів і здійснення спільно з адміністрацією та профспілками контролю за їх виконанням;

- проведення санітарно-просвітньої роботи;
- впровадження до практики більш досконалих форм і методів роботи;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Науково-організаційною основою діяльності всіх лікувально-профілактичних закладів, що обслуговують працюючих на промислових підприємствах, є *цехова дільничність*.

Доцільність організації амбулаторно-поліклінічної допомоги за таким принципом пояснюється можливим впливом на здоров'я технології виробництва, особливостей умов праці в окремих цехах. Обізнаність із специфікою виробничого процесу дозволяє лікареві ґрунтовно аналізувати захворюваність, виявляти конкретну патологію і, головне, при змозі її попереджувати, вирішувати питання про раціональне працевлаштування, необхідне санаторно-курортне лікування, дієтичне харчування і таке інше.

Досвід показав, що тільки довгострокова робота на цеховій дільниці (не менше 3-5 років) дозволяє цеховому терапевту вільно орієнтуватись у специфіці виробництва та впевнено приймати конкретні рішення лікувального та профілактичного характеру.

При формуванні цехових дільниць найчастіше використовується принцип однорідності цехів за технологією виробництва чи принцип територіального розміщення - на виробництвах з високим ступенем автоматизації, невеликою кількістю працюючих в основних цехах, коли до складу цехової дільниці доводиться включати й допоміжні служби.

Очолює цехову лікарську дільницю *цеховий лікар*, який повинен бути кваліфікованим спеціалістом-терапевтом і організатором лікувально-профілактичного та санітарно-епідеміологічного обслуговування працюючих.

Основні функції цехового лікаря:

- раннє виявлення та лікування захворювань із використанням сучасних інструментальних, лабораторних і функціонально-діагностичних методів;
- надання медичної допомоги при *раптових* захворюваннях і *екстремальних* ситуаціях;
- організація та проведення диспансерної роботи;
- лікарська експертиза тимчасової непрацездатності;
- медичний відбір осіб для санаторно-курортного лікування та дієтичного харчування;
- виявлення інфекційних захворювань, харчових, професійних отруєнь і направлення екстреного повідомлення до СЕС;
- проведення санітарно-просвітньої роботи.

Спільно з профспілковою організацією цеху та його адміністрацією цеховий дільничний терапевт:

- організовує і проводить попередні та періодичні огляди;

- систематично *аналізує* захворюваність професійну і з тимчасовою втраченою працездатності, в тому числі тих, які тривало та часто хворіють, і розробляє заходи щодо їх зниження;
- *вивчає* умови праці працюючих — спільно із санітарним лікарем з гігієни праці санепідстанції.

Він також бере участь у розробці колективного трудового договору та здійснює контроль за його виконанням.

Цеховий дільничний терапевт працює в тісному контакті з санітарним лікарем з гігієни праці.

Його *графік роботи* повинен забезпечити прийом та проведення необхідної профілактичної роботи у поліклініці і на виробництві (на що виділяється 9 годин на тиждень).

При наявності в структурі *МСЧ* стаціонару цеховий терапевт працює за системою чередування протягом року 8-9 місяців в поліклініці і 3-4 місяці в стаціонарі.

Цеховий терапевт складає *план роботи* на рік і щоквартально виділяє в ньому такі основні розділи:

1. *Організаційна робота* — аналіз та звіт про захворюваність, участь у комісіях із працевлаштування, з соціальних питань тощо.
2. *Лікувально-профілактична робота*- амбулаторний прийом, профілактичні огляди, диспансеризація, експертиза працездатності тощо.
3. *Заходи щодо покращання* умов праці та побуту працюючих, профілактична робота в цехах, контроль за виконанням рекомендацій тощо.
4. *Підвищення кваліфікації* медичного персоналу.
5. *Впровадження передових форм* і методів профілактики, діагностики та лікування.

В цехах, окрім адміністративного персоналу, який відповідає за виробничу діяльність, створюються *громадські організації* - комісія соціального страхування цехового комітету профспілки і комісія з охорони праці. Медичні працівники співпрацюють з ними при вирішенні питань санаторного лікування, дієтичного харчування, направлення до санаторію-профілакторію, щодо поліпшення технології виробництва, умов праці та побуту в цехах, попередження травматизму та інвалідизації працюючих.

На деяких підприємствах працюють *лікарсько-інженерні бригади*, які комплексно вирішують питання оздоровлення умов праці та побуту працюючих.

В них працюють лікарі основних спеціальностей медико-санітарної частини, інженери з техніки безпеки, охорони праці, лікарі-гігієністи та інші спеціалісти. Очолює бригаду головний інженер підприємства чи його заступник.

Таким бригадам під силу ставити та вирішувати різноманітні оздоровчі, в широкому розумінні, заходи на заводі у формі технічно грамотних, гігієнічно обумовлених конкретних інженерних рішень.

Важливе місце в роботі цехового дільничного лікаря займає *аналіз* захворюваності з тимчасовою втратою працездатності працюючих з метою їх оздоровлення та запобігання економічним збиткам.

Методика вивчення цього виду захворюваності наведена в 4 розділі підручника.

Використання основної звітної форми (№ 23-ТН) не дозволяє провести детальний аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, оскільки в ній відсутні дані щодо розподілу працюючих за професією, стажем, робочим місцем, віком, статтю та іншими ознаками, які суттєво впливають на здоров'я. Тому доцільно загальний аналіз доповнити поглибленим, використовуючи "*Карту особистого обліку захворюваності*", яка заводиться на кожного працюючого і позбавлена зазначених вад.

Систематичного та ретельного аналізу потребують *виробничий травматизм, професійні захворювання та отруєння*. На підприємстві повинен вестись їх облік. Кожен з таких випадків має бути своєчасно та кваліфіковано розглянутий комісією з техніки безпеки та інспектором з охорони праці профспілкової організації разом із медичними працівниками з наступним обов'язковим проведенням в оперативному порядку необхідних заходів із усунення причин, що призвели до цього.

Травматизм повинен бути всебічно вивчений з метою розробки заходів щодо своєчасного його попередження.

Необхідно також проводити вивчення показників побутового і травматизму по дорозі на роботу та з роботи, виявити його причини і намітити конкретні заходи з їх усунення.

З метою профілактики *професійних захворювань* лікарі медико-санітарної частини, кожний за своїм фахом, на основі глибокого вивчення технологічного процесу та виробничих умов, розробляють заходи щодо оздоровлення умов праці.

Одним з найважливіших розділів роботи медико-санітарних частин, поліклінік, пунктів охорони здоров'я є організація та проведення профілактичних медичних оглядів із розробкою подальших оздоровчих заходів.

За характером і змістом профілактичні медичні огляди умовно можна розподілити на *попередні, періодичні та цільові*.

Попередні -проводяться перед початком навчання і трудової діяльності.

Профогляди проводяться з метою:

- встановлення фізичної та психофізіологічної придатності осіб до роботи за конкретно визначеною професією, спеціальністю, посадою;
- запобігання загостренню загально-соматичних захворювань і виникненню нещасних випадків під впливом професійних факторів;
- виявлення захворювань (в т.ч. інфекційних та інших), що становлять загрозу працівникам і продукції;
- допуску до роботи осіб до 21 року.

Періодичні - проводяться з визначеною періодичністю чи кратністю у процесі роботи з метою:

- забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працюючого;
- виявлення ранніх ознак впливу виробничих умов і професійних шкідливостей на здоров'я;
- раннього виявлення загальносоматичних хвороб, що виникли після проведення попереднього огляду і не дають змоги продовжити роботу за даною професією;
- попередження поширення інфекційних і паразитарних захворювань, виникнення нещасних випадків.

Виявлені при періодичних оглядах випадки професійної інтоксикації чи захворювань мають бути сигналом для проведення термінових і дійових заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці, деколи зміни технологічного процесу.

Іх кратність, склад лікарів-спеціалістів, перелік лабораторних і інструментальних досліджень визначаються відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я за участю галузевих профспілок.

Цільові — проводяться з метою:

- виявлення ранніх форм захворювань (туберкульозу, новоутворень, цукрового діабету, дерматовенеричних захворювань та інші);
- виявлення порушень або відхилень у стані здоров'я, що можуть призвести до аварійних ситуацій (передрейсові огляди водіїв транспорту - повітряного, залізничного, автомобільного, річкового, морського);
- медичного обстеження контингентів здорового, неорганізованого населення (дошкільнята, абітурієнти, фізкультурники тощо).

З усіх видів оглядів у практиці медико-санітарних частин найчастіше використовуються періодичні. Вони дозволяють систематично слідкувати за станом здоров'я, оперативно запобігати зменшенню впливу шкідливих виробничих умов, проводити заходи з оздоровлення виявлених хворих.

Початкові медичного огляду передує наказ, в якому відповідальність за його якісне проведення покладається на медико-санітарну частину, а за своєчасну та організовану явку працюючих - на керівництво.

Медико-санітарні частини використовують дві форми проведення періодичних оглядів - *одномоментну та поточну*.

Одномоментна форма проводиться комісією, в чітко визначені наказом терміни, з повним або частковим відривом лікарів від інших видів роботи. Проводиться вона в кілька етапів:

Перший - підготовчий, під час якого визначають склад лікарів для проведення огляду, календарні терміни їх проведення, складають списки працюючих, роблять розрахунок і підготовку необхідних матеріалів, інвентарю, обладнання.

Другий - власне робота лікувальної комісії (огляд працюючих, контроль за якістю лабораторних і інструментальних досліджень, обстеження санітарно-гігієнічного стану місць роботи).

Третій - підсумки та аналіз результатів оглядів.

Четвертий - розробка плану лікувально-оздоровчих заходів спільно з адміністрацією цехів і профспілковою організацією.

П'ятий - здійснення постійного контролю за виконанням наміченого плану оздоровчих заходів.

Одномоментна форма - проводиться відносно швидко, однак має ряд суттєвих недоліків - порушує звичайний виробничий ритм роботи та викликає напруження в роботі МСЧ на всіх етапах медичних оглядів, відволікає лікарів від роботи в поліклініці, викликаючи незадоволення хворих тощо.

З огляду на це більш раціональною вважають *поточну форму*.

Поточні профілактичні медичні огляди працюючих лікарів проводяться паралельно з виконанням інших обов'язків. Здійснюються вони на цехових дільницях протягом всього року - кожний лікар викликає на обстеження по 5-15 чоловік на день. При цьому створюється можливість регулювати кількість осіб, відповідно до щоденних навантажень на прийомі.

Крім того, поточний огляд дозволяє оперативно та ефективно проводити лікувально-оздоровчі заходи в процесі виявлення хворих із професійними та загальними захворюваннями.

Він поширюється також і на диспансерних осіб, які активно відвідують лікаря і на тих, що звертаються або вже знаходяться на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні.

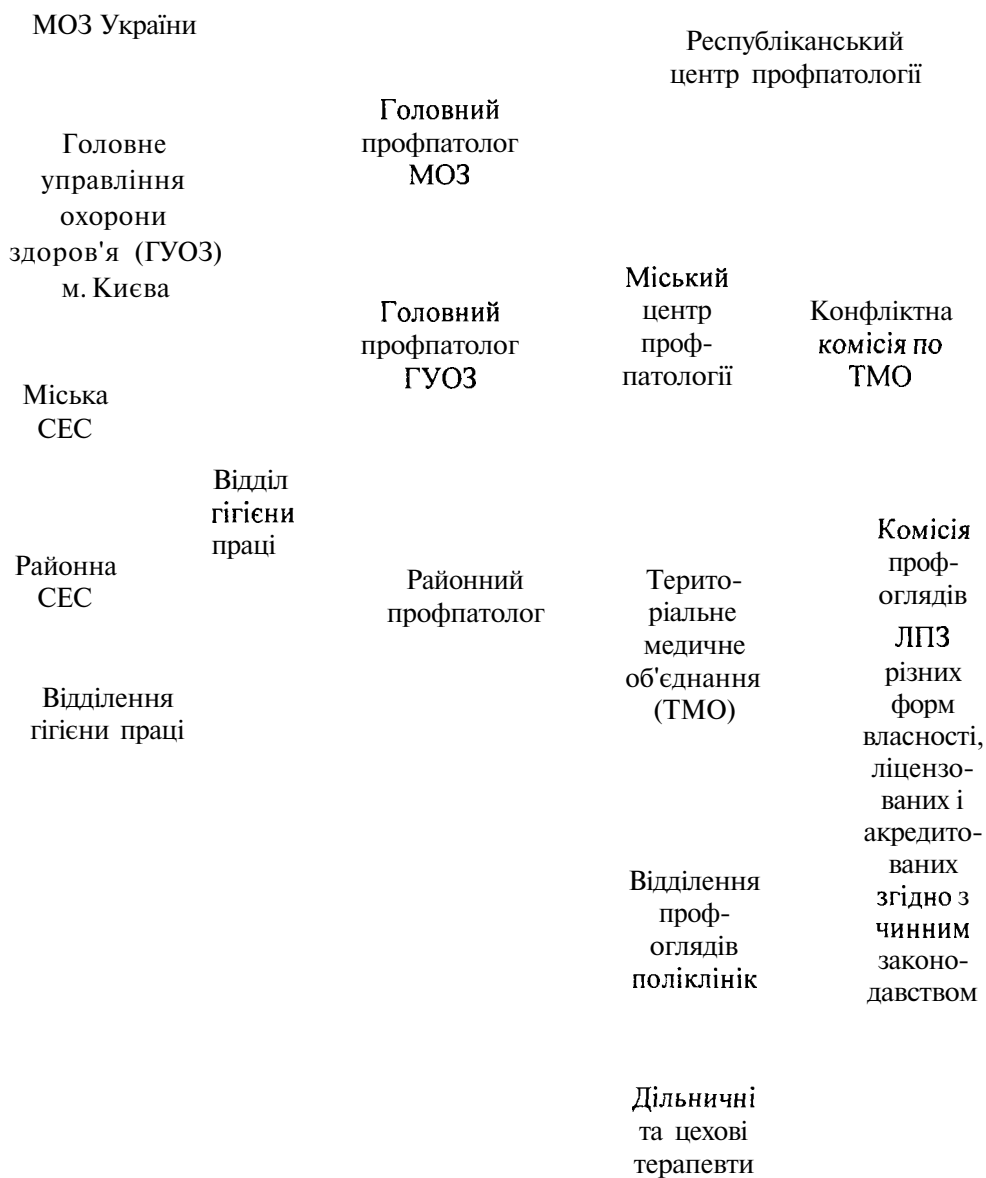
Якою б не була форма плану проведення медичного огляду, він повинен забезпечити виконання таких обов'язкових положень:

- участь в огляді цехового лікаря як головного організатора;
- проведення комплексного та повного обстеження з метою подальшого виключення додаткових цільових оглядів;
- проведення огляду працюючого у вільний для нього від роботи час;
- наближення огляду до місця роботи;
- динамічний аналіз захворюваності повинен проводитись з одночасним обстеженням санітарно-гігієнічних умов праці, при обов'язковій участі адміністрації підприємства, профспілкової організації та санітарного лікаря СЕС з гігієни праці тощо.

За останні роки брак недостатнього фінансування охорони здоров'я руйнує відпрацьовану десятиріччями систему медичного забезпечення робітників промислових підприємств. Але, незважаючи на тяжкі умови господарювання, з'являються нові методичні підходи щодо вирішення деяких проблем.

Наприклад, у місті Києві з метою удосконалення медичного забезпечення працюючих у шкідливих і небезпечних умовах, для поліпшення ранньої діагностики, попередження ускладнень загальносоматичної патології та своєчасної профілактики професійних захворювань, створюється система постійного нагляду за працюючими в цих умовах.

Її структура наведена на малюнку 21.



Мал. 21. Медичне забезпечення працюючих у шкідливих і небезпечних умовах праці.

Основну роботу щодо проведення профілактичних оглядів за цією схемою виконують районні відділення профілактичних медичних оглядів.

Згідно з Положенням про це відділення *організацію оглядів забезпечують власники підприємств, установ, незалежно від форм власності та видів діяльності, органи та заклади МОЗ України (районні відділення профоглядів, СЕС, науково-дослідні та вищі медичні заклади, акредитовані ЛПЗ різних форм власності), а проведення - районні відділення.*

Відділення профілактичних медичних оглядів може бути організовано в кожному районі залежно від кількості працюючих, які їх потребують, територіального розміщення підприємств, оснащення та штатного забезпечення районних лікувально-профілактичних закладів тощо.

При наявності в районі кількох відділень, наказом генерального директора ТМО визначається головне, яке обслуговує найбільшу кількість підлеглих медичним оглядам, найкраще оснащене лабораторно-діагностичним обладнанням і забезпечене відповідними спеціалістами.

Його завідувачем районний профпатолог призначає найбільш досвідченого терапевта, який пройшов спеціалізацію або фахове удосконалення з питань профпатології.

Лабораторна та інструментальна діагностика проводиться відповідними підрозділами лікувально-профілактичного закладу, на базі якого розміщене відділення.

Асигнування на організацію та проведення профілактичних оглядів, на амбулаторне та стаціонарне обстеження працюючих виділяє керівник підприємства незалежно від форми власності.

Завідувач відділення профілактичних медичних оглядів разом з співробітниками відділення гігієни праці районної санепідстанції та районним профпатологом визначає підприємства і організації, робітники яких повинні бути оглянуті.

Залежно від чисельності працюючих складається і узгоджується з власником чи керівником підприємства графік їх проведення.

Згідно з діючим прейскурантом розраховується загальна сума асигнувань, необхідна для цього.

На початку огляду проводиться лабораторна та інструментальна діагностика з наступним оглядом спеціалістів, визначенням остаточного діагнозу, висновками та рекомендаціями.

Якщо відділення не має змоги забезпечити регламентовану методику обстеження, працюючі направляються на дообстеження в міський центр профпатології.

На підставі отриманих результатів комісія складає заключний акт і *формує групу*, що потребує *диспансерного нагляду* в зв'язку з ризиком виникнення професійних захворювань, загострення перебігу загальносоматичних захворювань чи погіршення працездатності.

З числа працюючих у небезпечних і шкідливих умовах до цієї групи пропонується включати такі категорії:

- визнані комісією "практично здоровими", з професійним стажем роботи в шкідливих і небезпечних умовах 20 років і більше;
- при медичному огляді виявлені початкові прояви професійного захворювання;
- наявність стійких симптомів чи синдромів функціонального характеру, які під впливом професійних шкідливостей можуть спровокувати розвиток відповідних захворювань;

- наявність загальносоматичного захворювання, яке може загостритися під впливом виробничих шкідливостей.

Відділення профілактичних медичних оглядів не менше 1 разу на рік направляє працюючих диспансерної групи ризику в міський центр профпатології, спеціалізовані відділення районних і міських ЛПЗ, денні стаціонари, поліклініки за місцем проживання для поглибленого обстеження і профілактичного лікування. Результат у вигляді виписки із історії хвороби долучається до амбулаторної карти працюючого.

При виявленні діагностично складних випадків захворювань і конфліктних ситуаціях працюючих, за направленням районного профпатолога, консультують у міському центрі профпатології.

При наявності ознак професійного захворювання районний профпатолог протягом 10 днів направляє пацієнта в Науково-дослідний інститут медицини праці для спеціального обстеження.

Контрольні питання

1. Медико-санітарна частина - умови її створення, структура, основні завдання.
2. Цехова дільниця, принципи її організації.
3. Основні напрямки роботи дільничного цехового терапевта.
4. Зміст профілактичної роботи цехового терапевта.
5. Лікарсько-інженерна бригада, роль профспілкової організації підприємства (цеху) і санітарно-епідеміологічної служби в забезпеченні оптимальних умов праці робітників.
6. Медичні огляди - види, організація та проведення.

6.7. Організація медичного забезпечення потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС

На території всієї України мешкає значна кількість населення, яке постраждало від аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році.

Найбільше їх на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ), до яких належать Вінницька, Волинська, Житомирська, Київська, Рівненська, Черкаська та Чернігівська області.

Учасники ліквідації наслідків аварії (УЛНА) мешкають переважно в промислових районах.

Чорнобильська трагедія призвела до тяжких змін здоров'я, і велика кількість постраждалих вимагає від органів охорони здоров'я постійної роботи, спрямованої на здійснення медико-санітарного забезпечення цього контингенту.

Негативні зміни здоров'я багато в чому залежать від *характеру опромінювання*. Частина населення зазнала гострого опромінювання, частина - хронічного, на значну кількість людей впливають його обидва види. До цього контингенту відноситься велика кількість учасників ліквідації аварії та евакуйованих, які всі роки після гострого опромінювання продовжують жити в радіоактивно забруднених місцевостях з тривалою дією хронічного опромінювання (табл. 8).

Таблиця 1

Кількість осіб, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та мешкають в зонах радіоактивного забруднення (станом на 1.01.1998 р.)

Всього постраждалих	З них		
	ліквідатори аварії	потерпілі I категорії (евакуйовані в 1986 р.)	діти, віднесені до постраждалих
2266107	48814	18078	588573

Враховуючи масштаби катастрофи та велику кількість опромінених, вже з перших місяців після вибуху реактора почала створюватись система моніторингу стану здоров'я. Із 1986 року почали проводитись щорічні медичні обстеження.

У лютому 1991 року було прийнято *Закон України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи"*.

Цей закон ґрунтується на основних положеннях щодо реалізації конституційного права громадян на охорону життя та здоров'я і створює єдиний порядок визначення категорій зон радіоактивного забруднення територій, умов проживання та трудової діяльності, соціального захисту потерпілого населення. Відповідно до нього виділено *чотири зони радіоактивного забруднення*:

- 1) зона відчуження;
- 2) зона безумовного (обов'язкового) відселення;
- 3) зона гарантованого добровільного відселення;
- 4) зона посиленого радіоактивного контролю.

Держава бере на себе відповідальність за пов'язані з аварією збитки громадянам та їх дітям і зобов'язується відшкодувати за:

- пошкодження здоров'я чи втрату працездатності громадянами таїх дітьми;
- втрату годувальника;
- матеріальні втрати.

На державу покладено зобов'язання щодо:

- визначення доз опромінення, своєчасного медичного обстеження, лікування;
- організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності;
- затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів із забезпечення лікування постраждалих.

Виконання заходів, передбачених цими зобов'язаннями, може бути забезпечене на основі розпоряджень Президії Верховної Ради та Постанов Кабінету Міністрів.

З метою найбільш ефективного вирішення проблем медико-соціального забезпечення визначених осіб в Україні діє *Державний реєстр (ДР) (єдина інформаційна система)* з соціологічним, дозиметричним і медичним підприємствами. Головним його завданням є здійснення контролю за станом здоров'я

та вивчення найближчих і віддалених медичних наслідків Чорнобильської катастрофи.

Інформація про зазначеного в ДР громадянина (постраждалу особу) є лікарською таємницею і не може бути використана проти його інтересів.

Постраждалі особи підлягають щорічному медичному обстеженню (диспансеризації), санаторно-курортному лікуванню.

В регіонах найбільшого зосередження таких контингентів створюються спеціалізовані центри, в т.ч. дитячі, для обстеження, лікування, соціально-психологічної реабілітації та профорієнтації.

Постраждалим громадянам встановлена низка пільг і компенсацій залежно від категорії (табл. 9):

Таблиця 9

Види та розподіл обсягів надання пільг постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи відповідно до встановлених чотирьох категорій *

№	Види пільг	Надання пільг за категоріями			
		I	II	III	IV
1	Безкоштовне придбання ліків за рецептами лікарів	+	+	+	+
2	Позачергове зубопротезування (за винятком використання з дорогоцінних і прирівнених до них металів, визначених МОЗ України)	+	+	+	50% вартості
3	Першочергове обслуговування в ЛПЗ і аптеках	+	+	+	+
4	Користування поліклініками, до яких вони були прикріплені, при виході на пенсію та зміні місця роботи	+	+	+	+
5	Щорічне медичне обслуговування, диспансеризація закріпленими фахівцями, лікування в спеціалізованих стаціонарах	+	+	+	+
6	100 % оплата листків непрацездатності незалежно від загального стажу роботи	+	+	+	+
7	Одержання лікарняного листка на весь період лікування в санаторіях і спеціалізованих лікувальних закладах з урахуванням часу проїзду туди та назад, з виплатою допомоги із державного соціального страхування незалежно від того, ким і за який рахунок видано путівку	+			
8	Позачергове влаштування і обслуговування службами соціального захисту хворого вдома при відсутності близьких родичів, які проживають з ним. У разі його неможливості відшкодовуються витрати на догляд хворих	+	+	+	

• I категорія - інваліди з числа учасників ліквідації аварії та потерпілих від неї;

• II та III категорії - учасники ліквідації наслідків аварії залежно від кількості відпрацьованих днів у зоні відчуження, пунктах санітарної обробки,

* Витяг із ст. 20-24 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

дезактивації; постійні мешканці зони гарантованого добровільного відселення (за станом на якусь дату, рік);

- IV категорія - населення території посиленого радіоекологічного контролю, яке за станом на 1 січня 1993 р. проживало на ній не менше 4 років.

Крім вказаних в таблиці 9, надаються інші *пільги*, а саме:

- забезпечення житловою площею та плата за користування нею;
- одержання безвідсоткової позики на індивідуальне житло;
- взяття на квартирний облік;
- безкоштовне користування міським і приміським транспортом;
- вступ поза конкурсом до державних вищих, професійно-технічних закладів освіти.

Гарантуються:

- переважне право залишати на роботі при звільненні працівників у зв'язку зі змінами в організації виробництва; при ліквідації, реорганізації або перепрофілізації підприємств, установ, організацій, скороченні чисельності або штату працівників, а також працевлаштування;

- позачергове обов'язкове забезпечення дітей місцями в дошкільних закладах незалежно від відомчої підпорядкованості тощо.

За шкоду, заподіяну здоров'ю, надається одноразова, а при наявності в родині непрацездатних на кожного з них щомісячна компенсація - інвалідам внаслідок Чорнобильської катастрофи, учасникам її ліквідації та родинам за втрату годувальника.

Пенсії встановлюються у вигляді державної та додаткової. Особам, які працювали або проживали на територіях радіоактивного забруднення, їх виплачують зі зменшенням пенсійного віку від 2 до 10 років.

У державі існують дві різні *класифікації постраждалих*.

Перша класифікація - соціальна. Вона використовується на правовому та законодавчому рівнях, у державній статистиці, Національних програмах. Відповідно до законодавства громадяни, причетні до наслідків аварії, мають назву постраждалих і поділяються на *дві групи*:

I група - учасники ліквідації наслідків аварії (УЛНА);

// *група* - потерпілі (включаючи дітей).

Облік здійснюється тільки за наявності відповідних посвідчень.

Друга класифікація - медична. За нею громадяни, пов'язані з наслідками аварії, мають назву осіб, які зазнали впливу радіації. Вони поділяються на *чотири групи первинного обліку*:

I група - особи, які брали та беруть участь у роботах з ліквідації аварії, або її наслідків у контрольній зоні;

// *група* - особи, які підлягають вивезенню (евакуації) або самостійно покинули зони евакуації;

III група - особи, які проживають на територіях спостереження, встановлених у директивному порядку або проживали там після аварії; перебували на диспансерному спостереженні, а потім переїхали в іншу місцевість;

IV група — діти, які народилися від осіб, віднесених до I-III груп спостереження.

Залежно від отриманої дози зовнішнього або опромінювання щитовидної залози інкорпорованими радіоізотопами йоду всі потерпілі розподілені на *V категорій спостереження*, від чого залежать частота та обсяг медичного обстеження при проведенні диспансеризації.

Постановою Кабінету Міністрів України від 4 жовтня 1996 р. № 1218 затверджено перелік *спеціалізованих медичних закладів*, що забезпечують лікування постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи.

До цих закладів відносяться:

- обласні спеціалізовані диспансери радіаційного захисту (Вінниця, Рівне, Суми, Харків, Чернігів);
- обласні клінічні лікарні з центром радіаційного захисту (Донецьк, Херсон, Луцьк);
- обласні клінічні лікарні;
- Київський міський центр радіаційного захисту;
- Кримський республіканський діагностичний центр;
- Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту;
- Науково-дослідний інститут онкології та радіології МОЗ;
- Науково-дослідний інститут ендокринології та обміну речовин Академії медичних наук;
- Науковий центр радіаційної медицини Академії медичних наук.

Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації визначають перелік регіональних спеціалізованих медичних закладів для лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Первинна медико-санітарна допомога постраждалим надається дільничними лікарями. Вони ведуть їх повний облік, направляють на стаціонарне, санаторно-курортне, реабілітаційне лікування, на консультацію до спеціалізованих медичних закладів.

У лікувально-профілактичних закладах призначають лікаря, відповідального за організацію допомоги даному контингенту.

Він зобов'язаний здійснювати:

- контроль за переміщенням контингенту (прибули, вибули та ін.);
- аналіз здоров'я;
- своєчасне внесення до державного реєстру зміни в стані здоров'я;
- експертну оцінку якості надання допомоги тощо.

Спеціалізовані медичні заклади:

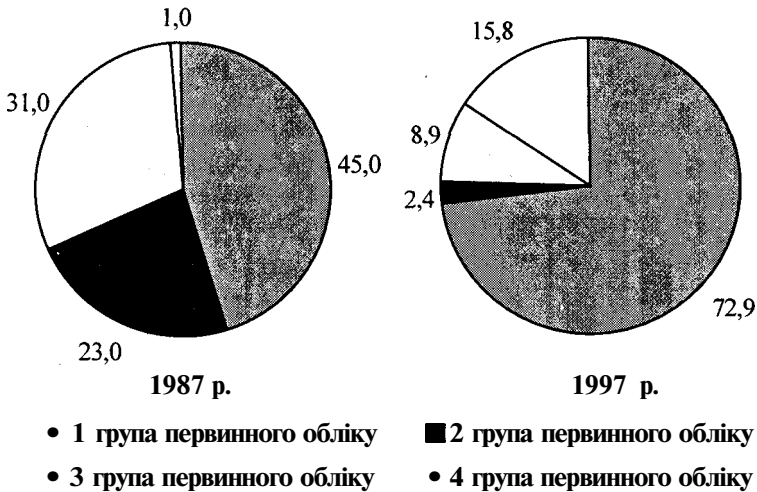
- надають кваліфіковану консультативну допомогу постраждалим за направленням лікувально-профілактичних закладів;
- координують заходи щодо диспансерного спостереження за потерпілими;

- впроваджують в роботу лікувально-профілактичних закладів нові методи діагностики та лікування постраждалих;
- проводять аналіз організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги потерпілому населенню.

Наслідки аварії трагічно відбилися на долі мільйонів людей і будуть негативно впливати на здоров'я наступних поколінь.

На території України станом на 1.01.98 р. на обліку в лікувально-профілактичних закладах МОЗ перебувало майже 2 млн. 750 тисяч потерпілих, у т.ч. 78,6 % дорослих і підлітків, а також 21,4 % дітей*.

При розподілі потерпілих на групи первинного обліку в 1987 та 1997 роках були виявлені великі розбіжності (мал. 22).



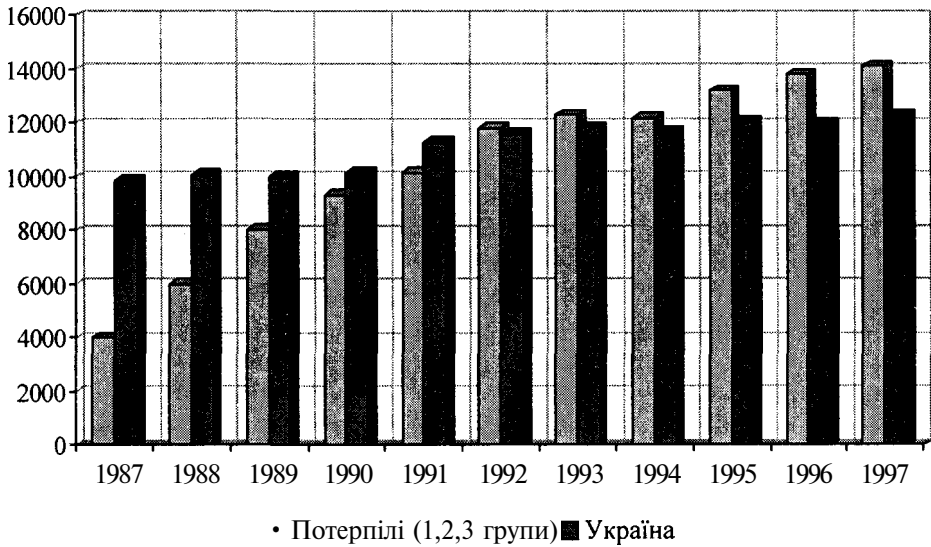
Мал. 22. Структура потерпілих за групами первинного обліку (%).

Аналіз цих даних показує, що частка осіб першої групи первинного обліку серед потерпілих у 1987 р. становила 45 % і в 1997 р. зросла до 72,9 %.

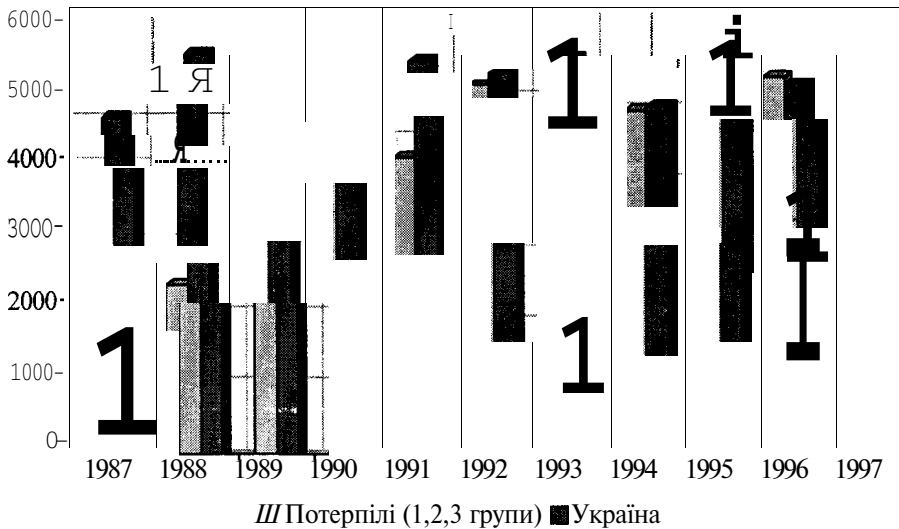
Захворюваність потерпілих має тенденцією до щорічного зростання. Так, показник поширеності захворювань за 11 років (1987-1997 рр.) збільшився серед дорослих і підлітків у 3,4 раза, а первинна захворюваність - у 3,9 раза. Темпи зростання перевищують аналогічні дані серед всього населення України (мал. 23, 24).

Як свідчать дані, представлені на малюнку 23, показники поширеності захворювань дорослих і підлітків до 1991 року, незважаючи на тенденцію до зростання, залишались нижчими порівняно з середніми для України. З 1992 р. спостерігається більш високий її рівень серед потерпілих. Первинна захворюваність потерпілих значно збільшилась. В останні роки вона залишилась майже на рівні показника для всього населення України (мал. 24).

* Статистичний огляд основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1993-1997 рр., Київ, 1998.



Мал. 23. Поширеність хвороб на 10 тисяч населення.



Мал. 24. Зареєстровано захворювань з діагнозом, встановленим уперше в житті, на 10 тисяч населення.

Зростання стосується всіх класів хвороб.

У структурі захворюваності перші п'ять місць займають захворювання органів дихання, нервової системи та органів чуття, травми та отруєння, хвороби системи кровообігу та сечостатевої системи.

Частота цих захворювань зросла в 2,0-6,0 разів.

Відбувається зростання невисоких за рівнем захворювань: новоутворень - у 3,0 рази, хвороб крові та кровотворних органів - у 3,8, хвороб кістково-м'язової системи - в 4,5 рази.

Слід відзначити, що серед класу новоутворень половину (50,9 %) складають злоякісні. За останні 10 років їх рівень підвищився більш як у 2 рази.

Спостерігаються значні коливання показників захворюваності в окремих групах первинного обліку (табл. 10).

Таблиця 10

Захворюваність окремих груп первинного обліку потерпілих дорослих і підлітків на окремі захворювання (на 10 тисяч)

Групи первинного обліку	Злоякісні новоутворення		Стенокардія	Цереб्रो-васкулярні захворювання	Гострий інфаркт міокарда
	всього	в т.ч. пухлини щитовидної залози			
Всього, в т.ч.	34,4	0,7	32,5	66,1	8,5
1	27,5	0,9	81,3	83,7	12,3
2	17,6	1,7	46,0	75,6	9,5
3	35,9	0,6	26,5	63,4	8,0

За даними таблиці 10, захворюваність на окремі хвороби в 1,5-3,0 рази вища в деяких групах первинного обліку порівняно з їх показниками в цілому.

Значні відмінності в захворюваності мають місце на різних територіях проживання потерпілих - показники коливаються від 2708 у Чернівецькій до 9340 у Одеській областях на 10000 населення.

Однією з головних медичних проблем є стан здоров'я ліквідаторів. Серед них група здорових у 1997 році зменшилась, порівняно з 1986 р., у 4,7 раза, а захворюваність збільшилась відповідно в 2-2,5 раза. Найбільш суттєве зростання притаманне хворобам крові, особливо гострій лейкемії.

Вплив Чорнобильської катастрофи на здоров'я різних категорій постраждалих оцінюється неоднозначно. До найбільш уражених відносяться:

- діти;
- вагітні;
- особи, причетні до ліквідації аварії на промисловому майданчику ЧАЕС у 30-кілометровій зоні.

За даними МОЗ України, представленими на другій міжнародній конференції "Віддалені медичні наслідки Чорнобильської катастрофи" (Київ, 1998 р.), в державі пріоритетної медичної уваги потребують діти з числа евакуйованого населення та 700 тисяч тих дітей, що проживають у областях, які зазнали найбільшого впливу аварії.

Проблеми їх здоров'я обумовлені переважно наслідками опромінення щитовидної залози. Спостерігається зростання показників загальної захворюваності серед евакуйованих дітей і тих, що проживають на радіоактивно забруднених територіях.

В структурі дитячої захворюваності провідні місця займають хвороби ендокринної системи, захворювання органів травлення, дихання та нервової системи.

Найбільші темпи приросту захворюваності притаманні новоутворенням, найвищі — раку щитовидної залози, особливо серед дітей, яким на період аварії не виповнилось 5 років. Вони належать до групи максимального ризику. В зв'язку з аварією збільшується число дітей-інвалідів.

Здоров'я дітей суттєво залежить від стану здоров'я вагітних жінок, захворюваність яких у останні роки все більше зростає, особливо за рахунок хвороб органів кровообігу, нирок і анемії.

Важливою медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи є соціально-психологічний стрес. Він обумовив психічну дезадаптацію, зростання психічних і психосоматичних захворювань, особливо серед "ліквідаторів" аварії. Пріоритетною в цьому плані стає організація системи медико-соціальної реабілітації з відкриттям відповідних центрів у місцях найбільшої концентрації постраждалих.

Чорнобильська катастрофа стала для України національною трагедією. За минулі після неї роки багато чого зроблено для подолання наслідків.

Незважаючи на все зроблене, є ще дуже багато невіршених проблем, які державі дуже складно подолати. Це стосується як питань науки, технологічних можливостей, так і питань подолання медичних та багатьох інших наслідків аварії.

Контрольні питання

1. Перелічіть зони радіоактивного забруднення території України.
2. Які обов'язки держави щодо потерпілих від Чорнобильської катастрофи?
3. Перелічіть пільги постраждалим від аварії на ЧАЕС.
4. Визначте групи первинного обліку за медичною класифікацією.
5. Перелічіть спеціалізовані медичні заклади для лікування постраждалих.
6. Визначте завдання та обсяги медичної допомоги, яка надається службами ПМСД і спеціалізованими медичними закладами.
7. Охарактеризуйте зміни в стані здоров'я потерпілих.

6.8. Організація швидкої медичної допомоги

Однією з найбільш вагомих складових частин системи охорони здоров'я в забезпеченні допомогою населення на догоспітальному етапі є служба швидкої медичної допомоги (*ШМД*).

В підрозділі розглядаються питання історії становлення служби, її ролі в загальній системі надання лікувально-профілактичної допомоги.

Значне місце відведено організації *ШМД* в умовах міста та села (заклади, структура, категорії, штати, основні завдання, функції, права та обов'язки окремих підрозділів і посадових осіб).

Завершується підрозділ даними про її подальшу спеціалізацію.

Служба *швидкої медичної допомоги* є порівняно недавно створеною формою позалікарняного обслуговування цивільного населення. Можливо, вперше ідея її організації виникла після того, як у 1881 році під час пожежі у

Віденському театрі постраждали сотні людей, які тривалий час не одержували ніякої допомоги, хоча в місті працювали клініки та лікарні.

Після цього трагічного випадку віденський лікар Ярмир Мунді запропонував організувати пункт постійного чергування лікарів, готових до виїзду на місце катастрофи та надання медичної допомоги. Він назвав його "станцією швидкої медичної допомоги". Згодом ідея набрала широкого розповсюдження, а заклади швидкої медичної допомоги почали з'являтися в багатьох країнах.

Ініціатором створення швидкої медичної допомоги в Росії був керівник лікарні при Олександрівській громаді Червоного Хреста Карл Карлович Рейнер. У листопаді 1881 року він запропонував організувати станції в Санкт-Петербурзі. Перші заклади почали функціонувати в Москві в 1886 році після подій на Ходинському полі під час масових гулянь і роздачі дарунків у зв'язку з коронацією Миколи II, які спричинили загибель більше 2 тисяч чоловік і десятки тисяч каліцтв. У зв'язку з відсутністю медичної допомоги поранені вмирали на місці події.

На початку 1899 року в Санкт-Петербурзі було відкрито п'ять станцій. Як і в Москві, поштовх до їх організації спричинила біда — сильна повінь навесні 1898 року.

В 1902 році в Києві були відкриті на добровільних засадах пункти з надання медичної допомоги при нещасних випадках. У 1903 році в Одесі на пожертвування мільйонера М.М. Толстого почала надаватись медична допомога при нещасних випадках.

25 квітня 1910 року з ініціативи професора Н.І. Оболенського в Харкові була відкрита станція та організовано перше товариство лікарів швидкої медичної допомоги.

Більш докладно історія СШМД викладена у кн. "Невідкладна швидка медична допомога" під ред. проф. В.В. Никонова, Харків 1997, матеріалами з якої ми з вдячністю скористались.

У роки радянської влади спостерігається поступовий розвиток служби ШМД, особливо в містах. У сільських районах вона була в зародковому стані.

Наприкінці 70-х років розвиток служби в усіх республіках колишнього Союзу визначався Постановою Ради Міністрів СРСР від 22.09.77 року "*Про подальше поліпшення охорони здоров'я населення*", а в Україні виданим Наказом МОЗ № 870 від 14.12.77 року, що регламентував її виконання.

В документах підкреслювалась необхідність взаємозв'язку між поліклінікою та станцією, розвитку її матеріально-технічної бази, створення *спеціалізованих видів ШМД*, підготовки медичних кадрів і їх удосконалення, введення *субординатури* та продовження терміну навчання в інтернатурі до 2-х років.

Значним досягненням у розвитку системи підвищення кваліфікації лікарів служби було відкриття спеціальних *кафедр швидкої та невідкладної допомоги*. В 1980 році в Харкові, в інституті удосконалення лікарів була відкрита перша кафедра, потім у Ленінграді (1982р.), Києві, Сімферополі (1988).

Подальший розвиток служби ШМД був визначений Постановою Ради Міністрів СРСР № 773 від 19.08.82 р. "*Про додаткові заходи щодо*

поліпшення медичної допомоги сільському населенню". В ній говорилось про необхідність організації відділень швидкої та невідкладної медичної допомоги в сільських районах.

Наказом МОЗ СРСР № 1490 від 24.12.84 р. "Про заходи щодо подальшого розвитку та удосконалення швидкої та невідкладної медичної допомоги сільському населенню" були затверджені Положення про станцію (відділення) тощо.

Довгі роки у нас існували дві самостійні служби для обслуговування міського населення - *швидка* та *невідкладна* медична допомога. Єдиною вона була лише в невеличких містах і сільській місцевості.

Невідкладна допомога відзначалася недостатньою оперативністю, інколи було неможливо розмежувати функції цих служб. Мали місце випадки дублювання виїздів. Це призвело до її ліквідації в 1970 р. з передачею відповідних обов'язків службі швидкої допомоги.

Об'єднана система надання екстреної медичної допомоги мала свої плюси та мінуси. Головним недоліком було необгрунтоване зростання завантаженості бригад *ШМД* в зв'язку з недоліками в роботі амбулаторно-поліклінічних закладів, які ніби самовідчужувались від її надання.

З метою усунення накопичених недоліків було намічено організувати в поліклініках пункти (відділення) надання медичної допомоги вдома, в територіальних поліклініках створити службу чергових терапевтів і педіатрів. У зв'язку з передачею забезпечення медичною допомогою хворих з гострими та загостреннями хронічних захворювань поліклінікам, було вирішено замінити в номенклатурі закладів охорони здоров'я назву "Станція (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги" на - "*Станція (відділення) швидкої медичної допомоги*" та створити в республіканських, крайових, обласних центрах відповідне об'єднання.

Постанови Ради Міністрів СРСР і Накази МОЗ СРСР у наш час втратили юридичну силу, однак накопичений великий досвід організації роботи служби враховується й досі.

З метою подальшого удосконалення служби в 1989 році МОЗ України видало аналогічний наказ. У ньому приділяється серйозна увага її організації в кожному сільському районі, оснащенню у великих містах і обласних центрах обчислювальною технікою, створенню автоматизованих систем управління "*Швидка та консультативна медична допомога*", забезпеченню автотранспортом і медичною технікою.

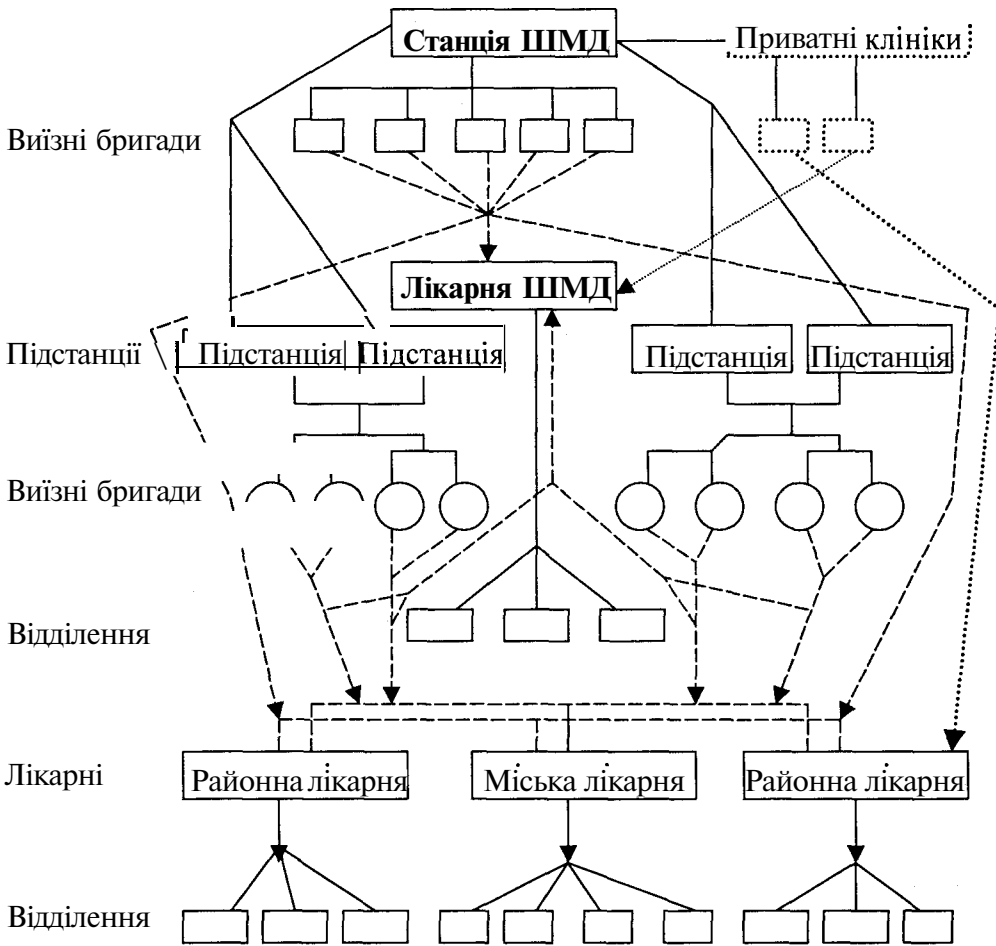
Однак виконання наказу в останні роки значно погіршилось у зв'язку з важким економічним станом країни. Але мають місце й деякі наробки. Наприклад, набули подальшого розвитку центри *ШМД* та медицини катастроф (Київ, Дніпропетровськ, Запоріжжя). На базі інститутів і факультетів удосконалення лікарів відкриті кафедри медицини катастроф (Київ, Запоріжжя, Харків).

У деяких медичних училищах великих міст України практикується створення *відділень для підготовки фельдшерів ШМД* згідно зі спеціально розробленими програмами, що дасть змогу в майбутньому провести намічену *структурну*

перебудову бригад ШМД - збільшити кількість фельдшерських (до 35-40 % від загальної їх чисельності) з правом самостійного лікування хворих. Вона особливо необхідна з огляду на специфіку структурного обслуговування викликів і госпіталізації хворих, особливо в селах.

Адже на відміну від міст у сільській місцевості, де частка фельдшерських бригад досягає 90 %, за їх направленням госпіталізують 70-75 % хворих. Гарна підготовка середнього медичного персоналу дозволить згодом підвищити в селах якість діагностики, лікування на догоспітальному етапі.

Служба швидкої медичної допомоги в Україні представлена спеціальними закладами — станціями, підстанціями (пунктами), лікарнями швидкої медичної допомоги (мал. 25).



• Можливі заклади

Мал. 25. Схема організації швидкої медичної допомоги великого міста.

Швидка медична допомога - це екстрена позалікарняна медична допомога в максимальному обсязі при раптових захворюваннях і при нещасних випадках на місці та під час транспортування до стаціонарів.

Допомога хворим при гострих або загостреннях хронічних хвороб, які знаходяться на амбулаторному обслуговуванні територіальної поліклініки, відноситься до *невідкладної медичної допомоги*. Вона надається черговим лікарем поліклініки (із кількості лікарського складу поліклініки), який разом із медичною сестрою виїжджає на виклик до хворого для надання екстреної медичної допомоги вдома.

Станція швидкої медичної допомоги (СШМД) згідно з "Положенням про станцію швидкої медичної допомоги" (Наказ міністерства охорони здоров'я України № 175 від 19.06.96 р.) є медичним закладом, що надає цілодобову екстрену медичну допомогу дорослому та дитячому населенню на догоспітальному етапі при нещасних випадках і станах із загрозою життю чи здоров'ю.

Екстрену медичну допомогу вона надає при потребі всім за місцем виклику, при транспортуванні до лікувальних закладів, при безпосередньому зверненні. Її рівень надання визначається медико-економічними стандартами.

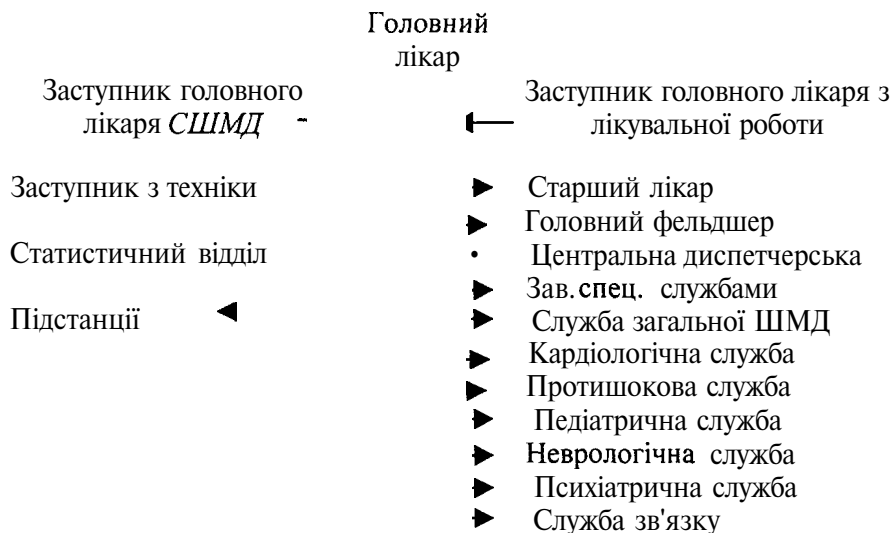
Станція функціонує в режимі *цілодобового* чергування та готовності до надання екстреної медичної допомоги населенню *визначеної території* обслуговування, а в разі виникнення надзвичайних ситуацій - *і за її межами*.

До інших регіонів України виїзні бригади направляються тільки за наказом місцевого органу управління охорони здоров'я, якому вони підпорядковані.

Станція є *складовою частиною* системи *екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях* і забезпечує її функціонування в разі потреби. Для цього станція повинна мати постійний місячний запас медикаментів, перев'язувального матеріалу, аварійного медичного майна, носилок, апаратури, ящиків-укладок, наборів для формування додаткових виїзних бригад з метою їх використання на місці та при виїзді в інші регіони в разі надзвичайних ситуацій (катастрофи, аварії, стихійні лиха, масові отруєння та ін.), а також стабільне та автономне енергоживлення, безперебійний провідний та радіотелефонний оперативний зв'язок і запасний автотранспорт.

Станція *не видає* лікарняних листків, *не вирішує* питань тимчасової, тривалої непрацездатності хворих і потерпілих, *не проводить експертиз* судово-медичної, алкогольного чи наркотичного сп'яніння, *не видає* з цього приводу рішень, письмових довідок, *не виконує* консультативні обстеження та *не дає* рекомендацій щодо подальшого лікування.

Очолює станцію *головний лікар*, який несе персональну відповідальність за всі види її діяльності. Станція підпорядкована місцевим органам управління охорони здоров'я, а при входженні до складу об'єднання чи територіального центру екстреної медичної допомоги - їхнім керівникам. Схема управління представлена на малюнку 26.



Мал. 26. Схема управління станцією ШМД.

На сучасному етапі розвитку ШМД у зв'язку з організацією об'єднань і лікарень ШМД з потужними стаціонарами, перепрофілізацією не менше 50 % загальнолікарських бригад у бригади інтенсивної терапії змінюється в певній мірі місце самої станції в системі медичного забезпечення. Вона стає початковою ланкою швидкої діагностики, інтенсивної терапії, а при необхідності - оперативної та цільової госпіталізації хворих.

Основні завдання станції (відділення) ШМД:

- надання медичної допомоги хворим і постраждалим на місці випадку та під час транспортування до стаціонару в максимально короткий термін після отримання виклику;
- перевезення хворих при потребі екстреної допомоги (за виключенням інфекційних), постраждалих, породіль, недоношених дітей разом із матерями згідно з заявами лікарів і адміністрації лікувально-профілактичних закладів.

Станція забезпечує надання екстреної медичної допомоги при раптових захворюваннях, що загрожують життю хворого (гострі порушення діяльності серцево-судинної та центральної нервової системи, органів дихання, черевної порожнини тощо), а також при пологах поза спеціалізованими відділеннями та закладами.

Основні функції станції швидкої медичної допомоги:

- прийом від населення викликів і їх забезпечення;
- надання на догоспітальному етапі згідно з медико-економічними стандартами екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим;
- перевезення хворих і потерпілих, що потребують медичного супроводу, до стаціонарів лікувально-профілактичних закладів;
- підготовка та направлення виїзних бригад поза межі території обслуговування для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій;

- ведення обліку вільних ліжок у стаціонарах лікувально-профілактичних закладів і визначення місць екстреної госпіталізації;
- діагностично-консультативні та довідково-інформаційні послуги населенню телефоном;
- накопичення та оновлення запасів медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів медичного призначення, укладок-наборів тощо для роботи в повсякденних умовах і при виникненні надзвичайних ситуацій;
- забезпечення взаємодії з іншими медичними закладами, правоохоронними органами, пожежними частинами, службою екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, іншими рятувальними та оперативно-ремонтними службами;
- забезпечення спадкоємності та взаємозв'язку з лікувально-профілактичними закладами при наданні екстреної медичної допомоги;
- оперативне інформування органів управління охорони здоров'я та інших зацікавлених організацій про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші визначені ситуації тощо.

Залежно від кількості населення, що проживає на території міст і сільських адміністративних районів (наказ МОЗ України № 175 від 19.06.96 р.), чи викликів, станції поділяються на такі категорії:

Категорії	Кількість населення	Кількість викликів
1-а	Від 1 до 2 млн.	75 – 100 тис.
2-а	Від 501 тис. до 1 млн.	50 – 75 тис.
3-тя	Від 201 тис. до 500 тис.	25 - 50 тис.
4-та	Від 50 тис. до 200 тис.	10 - 25 тис.
5-та	До 50 тис.	5 – 10 тис.

Відповідно до нього формується штатний розклад і апарат управління. При обслуговуванні понад 2 млн. населення чи більше 100 тис. викликів станції відносяться до *некатегорійних*.

Станції *обласних центрів* та м. *Севастополя* є організаційно-методичними закладами для служб відповідних адміністративних територій, тому їх статус підвищується на одну категорію. Республіканським *організаційно-методичним центром* є Київська СПІД.

Для надання екстреної медичної допомоги створюються *виїзні бригади*, кількість і вид яких визначається головним лікарем за потребами, але не менше ніж 0,7 на 10 тисяч населення. Кожна станція (крім IV і V категорій) повинна мати *спеціалізовані бригади*:

- кардіореанімаційні;
- психіатричні;
- неврологічні;
- інтенсивної терапії та реанімації, в тому числі дитячу реанімаційну.

Для виконання *основних завдань і функцій* у складі станції створюються такі *підрозділи*:

- 1) диспетчерська для прийому звернень і передачі викликів виїзним бригадам;
- 2) підрозділ обліку вільних ліжок у лікувально-профілактичних закладах і організації регулювання потоку екстреної госпіталізації хворих у межах передбаченої штатної чисельності;
- 3) консультативно-довідкова служба для інформації населення з невідкладних медичних питань;
- 4) підрозділ транспорту з парком санітарних та інших машин;
- 5) підрозділ медичної статистики;
- 6) навчальні класи для забезпечення систематичної підготовки медичних працівників і водіїв санітарного автотранспорту з питань надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі.

В структурі станції швидкої медичної допомоги є *оперативний відділ (диспетчерська)*, який приймає та забезпечує виклики.

Реєстрація потреб населення та управління бригадами здійснюється за допомогою достатнього та надійного радіотелефонного зв'язку з позивними "03".

Вся робота оперативного відділу починається з *медичного евакуатора*. Саме до нього звертається населення з викликом. Медичний евакуатор (диспетчер) оперативного відділу при відповіді на телефонний дзвінок повинен передусім назвати свій особистий номер, уточнити причину виклику, адресу, прізвище, вік абонента, занести дані до картки виклику з відміткою часу. При будь-яких сумнівах або потребі в консультації він переключає прохача на пульт *старшого лікаря*. Телефонний дзвінок під час цього не переривається, що дозволяє в повному обсязі вирішувати різноманітні ситуації.

Картка виклику передається старшому диспетчеру оперативного відділу для прийняття рішення про направлення бригади з попереднім визначенням її профілю. За телефонним дзвінком лікаря, а також у разі отруєння чи нещасного випадку, *відразу визначають наявність* місця у відповідній лікарні та *передають* виклик на виконання диспетчеру.

Якщо на даному напрямку немає вільних бригад, виклик обслуговує бригада з найближчої підстанції або старший диспетчер по рації розшукує через оперативний відділ бригаду, яка звільнилася після виконання виклику.

У великих станціях швидкої медичної допомоги призначається диспетчер для надання населенню інформації про час виїзду бригади на виклик.

Після виконання виклику бригада повідомляє диспетчера про надану допомогу хворим або постраждалим ("*доставлений до стаціонару*", "*залишений вдома*"). При нещасних випадках відомості подаються більш докладні. Вони заносяться в карту виклику та передаються диспетчеру довідкової служби оперативного відділу для наступної інформації міліції, ДАІ та рідних.

Навіть цей схематичний перелік свідчить про напружену цілодобову працю великої кількості людей щодо організації забезпечення найшвидшої медичної допомоги.

Як зазначалось раніше, станція швидкої допомоги *займається також транспортуванням хворих і постраждалих* за заявками лікарів лікувально-

профілактичних закладів, *перевезенням породіль*. Його забезпечує *спеціальний підрозділ*, у складі якого є черговий лікар, група медичних евакуаторів для прийому викликів, диспетчери з керування бригадами санітарного транспорту, фельдшери та водій. Бригади закріплені за підстанціями швидкої медичної допомоги.

Роботу *середніх медичних працівників* на станції швидкої допомоги очолює *старший фельдшер*. Він відповідає за підготовку середнього та молодшого медичного персоналу, здійснює контроль за своєчасним поповненням медикаментів, заміною використаного оснащення, систематично наглядає за справністю апаратури та навчанням персоналу правильного користування нею.

Перед обов'язковим стажуванням старший фельдшер знайомить нових працівників із характером майбутньої роботи, з оснащенням бригад і машин. Після визначення рівня засвоєння матеріалу та оволодіння практичними навичками формуються групи, з якими старший фельдшер і лікарі спеціалізованих бригад проводять цикл занять за спеціальною програмою.

В подальшому один-два рази на місяць старший фельдшер у присутності лікарів спеціалізованих бригад проводить заняття з середнім медичним персоналом, інформуючи та знайомлячи працівників із новими медикаментами та новими методами реанімації.

Старший фельдшер контролює забезпеченість підрозділів і служб необхідним устаткуванням, апаратурою, виробами медичного призначення та іншим майном.

Він також слідкує за дотриманням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів, виконанням правил асептики та антисептики.

Станція швидкої медичної допомоги *має право*:

- відмовляти населенню в допомозі при необґрунтованому зверненні та передавати виклики при потребі в амбулаторно-поліклінічні заклади;
- направляти виїзні бригади тільки до кордонів осередків ураження, якщо вони становлять загрозу для життя чи здоров'я членів бригади;
- госпіталізувати хворих або потерпілих у найближчий лікувально-профілактичний заклад для надання екстреної медичної допомоги незалежно від наявності вільних ліжок, підпорядкованості, форм власності;
- вимагати від лікувально-профілактичних закладів двічі на добу інформації про наявність вільних ліжок;
- при надзвичайних ситуаціях мобілізувати та направляти в будь-які регіони України працівників для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків;
- співпрацювати з державними, недержавними установами при плануванні та проведенні заходів щодо надання екстреної медичної допомоги.

Основним джерелом фінансування станції швидкої медичної допомоги є місцевий бюджет. *Додатковими* можуть бути кошти, отримані:

- від установ, організацій і населення за надання платних медичних послуг;
- в результаті господарської діяльності станції, яка не суперечить чинному законодавству та передбачена даним Положенням;

- за орендування та продаж спрацьованого, застарілого та невикористаного майна відповідно до чинного законодавства;
- від приватних осіб, благодійних фондів, організацій тощо;
- бюджетне фінансування, виділене на ліквідацію наслідків надзвичайних ситуацій.

Підстанція (пункт) швидкої медичної допомоги - структурний підрозділ на правах відділення, який забезпечує своєчасну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі дорослому та дитячому населенню при загрозованих для життя чи здоров'я станах.

Вона організується на території обслуговування станції швидкої медичної допомоги з урахуванням:

- 15-хвилинної в міській і 30-хвилинної в сільській місцевості транспортної доступності до меж зони обслуговування;
- чисельності населення;
- наявності та стану транспортних шляхів;
- насичення транспортними підприємствами та сільськогосподарськими комплексами;
- наявності лікувально-профілактичних закладів і матеріальної бази для її розміщення.

Територію обслуговування визначає та при потребі змінює керівництво станції швидкої допомоги.

Очолює та несе відповідальність за всі види діяльності *завідуючий* підстанцією.

Станція швидкої медичної допомоги згідно з діючими нормативами здійснює планування її роботи, визначає штати, забезпечує кадрами, автотранспортом, апаратурою, устаткуванням, медикаментами тощо.

Диспетчерська підстанції веде прийом викликів від диспетчерської станції швидкої медичної допомоги та забезпечує їх виконання.

Що стосується переліку основних функцій підстанції з надання екстреної медичної допомоги хворим та потерпілим, їх госпіталізації, перевезення породіль, новонароджених та інших функцій, то вони докладно наведені в розділі "*Основні функції станції швидкої медичної допомоги*".

Окрім перерахованих раніше, на підстанцію *ШМД* покладені функції щодо збирання *необхідної інформації* про випадки масових уражень і травмування людей, дорожньо-транспортні пригоди, кримінальні та суїцидальні випадки, виявлення хворих із підозрою на карантинні та особливо небезпечні інфекції, *СНІД*, психічні захворювання, *раптову смерть* і виявлення факторів, шкідливих для здоров'я людей, з *інформуванням* відповідних органів, служб, установ, закладів, підприємств тощо.

При неспроможності своїми силами та засобами виконати виклики, підстанція має право інформувати про це старшого чергового медичного працівника станції *ШМД* та просити про допомогу.

Підстанція працює в *цілодобовому режимі*. Зміни чергових бригад проводяться як правило *о 7 і 19 годинах*. З 11-ї до 23-ї години, коли надходить

найбільша кількість звернень, додатково працює денна бригада. При наявності в місті декількох підстанцій *зміна чергувань не повинна здійснюватись* на всіх підстанціях *в один і той же час*.

Бригада *ШМД* працює з *мінімальною кількістю заїздів на підстанцію*, завдяки отриманню викликів з підстанції, центральної диспетчерської під час руху.

З приймальних відділень стаціонарів бригада не транспортує хворих додому. Таке питання може вирішувати виключно старший лікар.

Категорії підстанцій визначаються за кількістю виїзних бригад:

1 категорія - 13 і більше;

2 категорія - від 6 до 12;

3 категорія - від 2 до 5.

Виконання *основних завдань і функцій* підстанції забезпечують *відповідні підрозділи*:

- кабінети завідуючого, старших лікаря та фельдшера;
- диспетчерська станція;
- пункт поповнення та комплектації медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів і наборів медичного призначення;
- кімната для зберігання медикаментів, сильнодіючих і наркотичних препаратів;
- приміщення для надання екстреної медичної допомоги при безпосередньому звертанні на підстанцію;
- приміщення для занять із персоналом підстанції;
- кімната відпочинку чергових бригад і водіїв.

Напружена цілодобова *праця персоналу підстанції потребує* чіткого, повсякденного загального та вибіркового *контролю*, який здійснюється:

- старшим лікарем ШМД;
- диспетчером центральної диспетчерської ШМД;
- диспетчером підстанції ШМД;
- завідуючим, старшим лікарем підстанції;

Вибірковий періодичний контроль повинен здійснюватись заступником головного лікаря станції ШМД, завідуючим оперативним відділом, старшим лікарем служб.

На станції та підстанціях ведеться облік роботи згідно з формами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я.

До основних облікових документів належать:

- книга запису амбулаторних хворих (*ф. 074-о*);
- журнал запису викликів *ШМД* (*ф. 109-о*);
- карти виклику *ШМД* (*ф. 110-о*);
- журнал відривних талонів супроводжувальних листів *ШМД* (*ф. 114-о*);
- щоденник роботи *ШМД* (*ф. 115-о*).

Виїзна бригада швидкої медичної допомоги - основна функціональна одиниця станції, яка надає цілодобово екстрену допомогу на догоспітальному

етапі дорослому та дитячому населенню при загрозливих життю та здоров'ю станах. Режим її роботи залежить від кількості викликів.

За призначенням бригади поділяються на:

- загальнопрофільні;
- спеціалізовані;
- перевізні.

Кожна станція (крім станцій IV і V категорій) повинні мати спеціалізовані *кардіоревматологічні, неврологічні, психіатричні бригади та бригади інтенсивної терапії та реанімації, в тому числі дитячу реанімацію.*

Загальна кількість виїзних бригад ШМД на початок 1999 р. по Україні складала 3477 або 0,69 на 10 тис. населення. Серед них 12,4 % чи 431 бригада були спеціалізованими.

З 1993 по 1998 рр. відмічається зменшення загальної кількості виїзних бригад на 17,23 %. Зменшилась кількість спеціалізованих бригад на 5,06 %, хоча питома вага їх серед загальної кількості бригад за цей період поступово зростає, що свідчить про поширеність спеціалізованих видів швидкої медичної допомоги населенню (табл. 11).

Таблиця 11

Загальна кількість і питома вага окремих видів виїзних бригад ШМД України в 1993, 1997, 1998 рр.

Найменування бригад	Виїзні бригади					
	1993 рік		1997 рік		1998 рік	
	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%
Загальна кількість бригад	4201,0	100,0	3555,0	100,0	3477,3	100,0
У тому числі:	1390,5	33,1	1048,5	29,49	1026,5	29,52
Лікарські загально-профільні для надання допомоги дорослим	184,0	4,38	155,0	4,36	152,0	4,37
Лікарські загально-профільні для надання допомоги дітям	2172,0	51,7	1917,5	53,94	1867,5	53,71
спеціалізовані (всього)	454,5	10,82	434,0	12,21	431,5	12,41
В тому числі:	175,5	4,18	159,0	4,47	162,0	4,66
Кардіологічні	35,0	0,83	36,0	1,01	35,0	1,01
Неврологічні	144,5	3,44	147,0	4,14	145,0	4,17
Інтенсивної терапії	55,0	1,34	—	—	50,5	1,45
Психіатричні	43,5	1,04	37,5	1,05	39,0	1,12
Анестезіолого-реанімаційні						

Розташовуються ці бригади на станції, підстанції чи пункті швидкої медичної допомоги; при необхідності вони можуть бути переміщені на іншу територію обслуговування чи за межі діяльності станції.

Підпорядкована диспетчеру та старшому черговому станції бригада за їх наказом виїжджає на виклик протягом 2-х хвилин після його отримання й повинна приступити до надання допомоги через 15 хв і 30 хв відповідно в міській і сільській місцевості.

Члени бригади забезпечуються форменим одягом, посвідченням, засобами індивідуального та медичного захисту на випадок роботи в несприятливих або шкідливих умовах.

Лікар швидкої медичної допомоги повинен *вміти швидко орієнтуватися* за будь-яких обставин, *точно ставити діагноз, приймати* вірне рішення, бо від цього залежить подальша доля людини.

При бажанні працювати на станції швидкої допомоги, незалежно від фаху та кваліфікації він повинен пройти *стажування* в найдосвідченіших спеціалістів загального профілю, ознайомитись із роботою спеціалізованих бригад, різноманітною апаратурою, методами діагностики та надання допомоги на догоспітальному етапі, прослухати цикл лекцій з діагностики та терапії ургентних захворювань. За результатами іспиту після закінчення стажування медична рада станції допускає його до самостійної роботи.

Практичні навички, якими повинен володіти лікар виїзної бригади:

- непрямий масаж серця;
- трахеотомія;
- аспірація рідини з дихальних шляхів;
- штучна вентиляція легень та інгаляція кисню;
- наркоз із використанням закису азоту;
- внутрішньосерцеві ін'єкції;
- дефібриляція серця;
- внутрішньовенне струминне та крапельне впорскування;
- накладення шин і пов'язок;
- промивання шлунка;
- катетеризація сечового міхура;
- приймання пологів;
- зняття та розшифрування ЕКГ.

Основні функції бригади:

- встановлення діагнозу та визначення стану пацієнта;
- екстрена допомога потерпілим;
- екстрена госпіталізація;
- перевезення до стаціонару хворих і потерпілих, що потребують медичного супроводу;
- зв'язок із диспетчером станції, іншими бригадами, працівниками медичних закладів, міліцією, ДАІ, пожежними частинами, рятувальними службами тощо;

- звіт про використання медикаментів і інших засобів, їх своєчасне поповнення та обмін;
- екстрена консультативна допомога бригадам і іншим медичним працівникам за місцем виклику;
- письмова інформація хворого про надану медикаментозну допомогу;
- сортування та екстрена профільна допомога при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- спеціалізована медична допомога при транспортуванні хворих або потерпілих до медичних закладів.

Виїзди кардіологічних і неврологічних бригад здійснюються, як правило, за викликом медичного працівника (винятком є виклики вуличні, в установи, організації, громадські місця, ліквідація медичних наслідків аварій, катастроф і стихійного лиха).

Бригада має право:

- *викликати* інші виїзні бригади в разі виникнення труднощів і потреби надання допомоги великій кількості людей;
- *госпіталізувати потерпілого* чи хворого в разі загрози його життю до найближчого лікувально-профілактичного закладу;
- *отримати консультацію* старшого медичного працівника зміни, інших фахівців;
- *отримати інформацію* та вказівки щодо місця госпіталізації.

Лікарня швидкої медичної допомоги - це лікувально-профілактичний заклад, призначений для *цілодобового* надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях у повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях.

Вона може організовуватись в обласних центрах і містах із населенням не менше 300 тисяч за встановленим порядком і функціонувати як самостійний заклад або входити до складу об'єднання швидкої медичної допомоги.

Основні завдання лікарні ШМД:

- цілодобова стаціонарна екстрена медична допомога хворим і потерпілим при патологічних станах із загрозою життю, раптовим погіршенням здоров'я та при надзвичайних ситуаціях;
- лікувально-діагностична допомога зазначеним контингентам до кінцевого результату;
- взаємодія з медичними, немедичними закладами та установами при вирішенні питань організації та надання екстреної допомоги;
- участь у розробці прогнозів потреби в допомозі;
- участь у розробці пропозицій щодо удосконалення організаційних форм і методів діагностики, лікування, профілактики та зниження впливу негативних факторів, що впливають на виникнення раптових захворювань, нещасних випадків тощо;
- організація та проведення заходів щодо підготовки лікарні до роботи в надзвичайних ситуаціях;

- створення постійного запасу для забезпечення сталої роботи лікарні в умовах надзвичайних ситуацій;
- інформування місцевих органів влади та управління охорони здоров'я у випадках масових уражень людей і виявленні хворих із підозрою на особливо небезпечні інфекції.

Основні функції лікарні швидкої допомоги:

- цілодобовий прийом і госпіталізація доставлених бригадами ШМД, іншим транспортом і тих, хто звернувся безпосередньо в приймальне, відділення та за направленням лікувально-профілактичних закладів;
- екстрена кваліфікована та спеціалізована медична допомога хворим і потерпілим, медичне сортування потерпілих при їх масовому надходженні до лікарні;
- невідкладний лікарський огляд хворих і потерпілих, що поступили в приймальне відділення, їх госпіталізація за показаннями незалежно від наявності вільних місць;
- переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування та реабілітації в інші лікувально-профілактичні заклади міста для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду.

Основним структурними підрозділами лікарні є:

- приймальне відділення з довідково-інформаційною службою;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- спеціалізовані клінічні відділення, профіль і потужність яких визначаються потребою й місцевими умовами;
- діагностичні відділення та кабінети;
- травм пункт;
- операційний блок;
- токсикологічне відділення;
- аптека;
- патологоанатомічне відділення;
- централізована стерилізаційна;
- адміністративно-господарча частина;
- обчислювальний центр;
- організаційно-методичний відділ;
- планово-економічний відділ;
- відділ медичної статистики;
- бухгалтерія;
- інші відділи, відділення та служби відповідно до місцевих потреб.

Організаційно-функціональна структура визначається головним лікарем згідно з потребою, обсягами фінансування та нормативами використання прибутків госпрозрахункової діяльності.

Лікарня є базою для підготовки та удосконалення працівників з питань організації та надання екстреної медичної допомоги, проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт.

На її базі можуть створюватись обласні, міські, державні *центри* з підготовки відповідних спеціалістів.

Очолює лікарню та несе персональну відповідальність за всі види її діяльності головний лікар.

Штати встановлюються управлінням охорони здоров'я згідно зі штатними нормативами міських лікарень і станцій швидкої медичної допомоги.

В наш час система надання швидкої медичної допомоги населенню набула особливої актуальності та має велике соціально-економічне значення. Її функції постійно розширюються й ускладнюються в зв'язку з розвитком спеціалізованої екстреної допомоги, поступовим наближенням до контингенту важкохворих, удосконаленням діагностики, організації та форм роботи, подальшою профілізацією тощо.

За останні 15-20 років у більшості розвинутих країн увага до екстреної медичної допомоги була пов'язана зі зростанням травматизму. Це стало поштовхом для організації в складі загальних стаціонарів *центрів реанімації*.

Проблема організації служби *ШМД* вирішується по-різному. *Велика Британія*, що має національну систему охорони здоров'я, виділила окремі лікарні у великих містах для прийому постраждалих від нещасних випадків із постійним чергуванням бригад травматологів, терапевтів, анестезіологів (*Бірінгем, Ноттінгем*).

В *Лондоні* постраждалих госпіталізують у *спеціальні шпиталі*, відділення яких мають палати *реанімаційної допомоги*. Там першу допомогу їм надає середній медичний персонал із наступним переведенням до профільного відділення.

Єдина система відсутня й у *Франції*. В Парижі, наприклад, екстрену допомогу надають *реанімаційні центри*, в які виїзні бригади доставляють хворих і постраждалих. У складі бригад в основному працює середній медичний персонал, який має можливість отримати заочну консультацію з центру за радіозв'язком. Є також спеціалізовані центри та лікарні з відділеннями швидкої медичної допомоги.

В *Сполучених Штатах Америки* створені *лікарні швидкої медичної допомоги*, спеціалізовані центри при університетських клініках. Надання медичної допомоги, лікування та виклик бригад платні.

Щорічно на земній кулі від нещасних випадків вмирає близько 2 мільйонів чоловік. Тільки дорожньо-транспортні пригоди призводять до каліцтва десятків мільйонів чоловік і смерті понад 300 тисяч. На воді з різних причин щорічно потопає близько 200 суден, при цьому гине понад 150 тисяч чоловік.

Катастрофа - це ситуація, пов'язана з раптовим природним явищем або діями людини, що призводить до численних жертв, які потребують екстреної медичної допомоги чи захисту. В таких умовах *виникає диспропорція між силами, засобами та методами* повсякденної роботи органів і закладів охорони здоров'я з однієї сторони та *потребою* постраждалих у допомозі з іншої.

Надзвичайна ситуація — це неочікувані, раптові обставини, пов'язані з промисловими аваріями, катастрофами, стихійним та екологічним лихом із притаманними їм невизначеністю, складністю в прийнятті рішень, значними економічними збитками, людськими жертвами. Вони потребують великих людських зусиль, матеріальних витрат і багато часу для їх ліквідації.

Надзвичайна ситуація вимагає нагальної зміни в організації звичного режиму роботи закладів охорони здоров'я, додаткового залучення інших відомств, сусідніх адміністративних територій і допомоги державних органів охорони здоров'я.

Кількість санітарних витрат під час катастроф, як правило, перевищує можливості існуючих закладів, а деколи й усіх територіальних медичних служб. Реальна загроза життю доходить у середньому до 25-30 % уражених, при тому, що лише 10 % серед померлих мають несумісні з життям ураження. Інших потрібно та можливо врятувати.

Ушкодження організму людини під час надзвичайних ситуацій умовно поділяють на *хірургічні* та *терапевтичні*. Щодо хірургічної допомоги, то вона необхідна практично при будь-яких катастрофах. Хірургія катастроф відрізняється від повсякденної насамперед напруженістю та тактикою лікування, пов'язаною з невідповідністю між необхідним і можливим обсягом допомоги.

Важливість такої тактики підтверджується багатим практичним досвідом. Відомо, що з усіх постраждалих хірургічного профілю 20 % потребують невідкладних втручань за життєвими показаннями, близько 20 % - через 6-8 годин, 40 % можуть лікуватися амбулаторно.

З огляду на неможливість передбачити катастрофу слід все ж пам'ятати про її ймовірність і розробити попередні заходи щодо захисту від неї, організації рятувальних робіт, надання медичної та інших видів допомоги.

В Україні за останні роки поряд із удосконаленням швидкої допомоги, зміцненням її матеріально-технічної бази вирішувались також і організаційні питання ліквідації наслідків катастроф.

Так, на виконання наказу *МОЗ УРСР* № 209 від 25.12.90 року "*Про організацію служби екстреної медичної допомоги у невідкладних ситуаціях*" була проведена значна робота з реорганізації існуючої системи органів і закладів.

Організовані:

- *республіканська служба*, до складу якої увійшли центр екстреної медичної допомоги з бригадами постійної готовності; спеціалізовані бригади швидкого реагування й підсилення, станції (відділення) швидкої медичної допомоги;
- *Київський регіональний центр екстреної медичної допомоги* (реорганізована республіканська станція санітарної авіації *МОЗ*);
- науково-практичне об'єднання "*Медицина катастроф*" у складі Київського НДІ клінічної та експериментальної хірургії та Київського

регіонального центру екстреної медичної допомоги (залишаючи за ними юридичну та фінансову самостійність);

* визначені *головні регіональні заклади* з окремих проблем надання екстреної медичної допомоги:

а) Київський НДІ травматології та ортопедії МОЗ України;

б) Київський НДІ педіатрії, акушерства та гінекології;

в) спеціалізований регіональний центр з надання медичної допомоги населенню у випадках виникнення радіаційних аварій на АЕС;

• *територіальні центри екстреної медичної допомоги* - відділення екстреної та планово-консультативної медичної допомоги обласних лікарень, станції (відділення) швидкої медичної допомоги.

При базових закладах і філіях науково-практичних об'єднань (НПО) "*Медицина катастроф*" організовані бригади постійного спорядження з цілодобовим режимом роботи.

В 1997 р. згідно з Постановою Кабінету Міністрів № 343 в Україні була створена державна служба медицини катастроф. Головною організацією став Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У ліквідації наслідків катастроф беруть участь різні міністерства та відомства. В розділі наведені лише організаційна структура та функції відповідних закладів Міністерства охорони здоров'я України. Питання організації і тактики різних медичних служб в екстремальних ситуаціях розглядаються в інших підручниках і навчальних посібниках.

Контрольні питання

1. Мотиви та історія створення служби ШМД.
2. Визначення поняття "швидка медична допомога".
3. Організація служби швидкої медичної допомоги у великих містах. Заклади ШМД.
4. Станція швидкої медичної допомоги міста. Категорія, структура, штати.
5. Основні завдання та функції СШМД.
6. Технологія обслуговування виклику швидкою медичною допомогою.
7. Виїзна бригада СШМД. Склад, завдання, функції.
8. Лікарня швидкої медичної допомоги. Структура, штати, завдання та основні функції.
9. Організація швидкої медичної допомоги в сільській місцевості.
10. Медицина катастроф, роль служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

6.9. Організація медичної допомоги населенню літнього віку

Соціальний феномен постаріння населення виник у другій половині 19 сторіччя в промислово розвинутих країнах, з підвищенням відсотка людей похилого та старечого віку майже в 2 рази (Англія, Бельгія, Німеччина), що викликало економічні, соціальні та психологічні зрушення в суспільстві та дало поштовх до розвитку нових наукових дисциплін, зокрема геріатрії та соціальної геронтології.

Геронтологія - це наука про старість, старіння окремої людини, його біологічні механізми, темпи, особливості, чинники тощо. На початку 20 ст. від стародавньої науки геронтології відокремилась нова - "геріатрія", ставши важливим розділом клінічної медицини, що спеціалізується на особливостях лікування людей відповідного віку. Наприкінці 20 ст. виникла соціальна геронтологія - наука, що вивчає соціологічні, економічні, демографічні, психологічні аспекти постаріння, форми та методи організації лікувально-профілактичної допомоги людям похилого та старечого віку.

Характеристика еволюції вікової структури населення світу та України представлена в розділі "Медико-соціальні аспекти демографічних процесів". У даному розділі розглянуті такі питання: визначення поняття "демографічне постаріння", класифікації, стан проблеми в Україні та світі, основні показники, їх медико-соціальні особливості, тенденції та прогнози, характеристика здоров'я за даними смертності, захворюваності, інвалідності та іншими; принципи організації лікувально-профілактичної допомоги літнім людям, система їх медичного та соціального обслуговування, програма "Здоров'я літніх людей" (Наказ Президента України № 1347/1997).

З огляду на працездатний період життя в світі немає єдиного підходу до визначення понять "літня, людина похилого, старечого віку" (ЛПСВ).

В Україні для жінок і чоловіків вік непрацездатності досягає відповідно 55-ти і 60-ти років. У перспективі (з 2005 року) прогнозується наближення вікової межі непрацездатності до розвинутих країн світу (жінки - 60 років, чоловіки - 65 років і старше).

Існує декілька класифікацій за ступенем постаріння населення.

Класифікація ООН (за питомою вагою людей старших 65-ти років):

1. Молоде населення - менше 4 %.
2. Зріле - 4-7 %.
3. Старе - більше 7 %.

Класифікація Е. Росета (за питомою вагою літніх людей старших 60-ти років):

1. Прелюдія до старості - 8-10 %.
2. Фаза старіння - 10-12 %.
3. Демографічна старість - більше 12 %.

Класифікація ВООЗ (хронологічні періоди старіння):

1. 60-74 років - похилий вік.
2. 75-89 років - старечий вік.
3. Більше 90 років - довгожителі.

Деякі автори об'єднують їх в одну групу - "людей похилого віку", в загальній літературі більш поширеним є термін "літні люди".

Загалом процес старіння поглиблюється в усьому світі (розділ "Медико-соціальні особливості демографічних процесів"). У Європі, наприклад, люди похилого віку становлять 20 % із прогнозом збільшення до 30 % у найближчі 30 років. Україні теж притаманне це явище.

Основні фактори поглиблення постаріння населення:

- зростання середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ);
- зростання міграції населення;
- покращання системи охорони здоров'я (майже відсутній його вплив у Східній Європі).

Всі фактори соціально-детерміновані. Отже, демографічне старіння залежить, у першу чергу, від соціальних причин. Більша його інтенсивність притаманна жіночому населенню.

Україна належить до демографічно старих країн світу. За останні 30 років частка 60-річних і старших зросла з 11 % до 19 %. Населення, що переступило працездатний вік, на початок 1999 року становило 23,0 %. Особливо високий рівень постаріння сільських мешканців зареєстровано в Чернігівській, Полтавській і Вінницькій областях.

Прогнозуються подальші зміни вікової структури населення. Питома вага населення за межами працездатного віку зросте протягом 1997-2025 рр. з 21,2 % до 30 %. За прогнозом міжнародних експертів відсоток старших 65 років у найближчі 15 років становитиме 12,5-13,0 %, абсолютна чисельність - більше 5 млн. (табл. 12).

Таблиця 12

Прогноз чисельності населення віком понад 65 років в Україні

Рік	Населення
2000	5 788 485
2005	6 089 889
2010	5 304 884
2015	5 001 438

Середня очікувана тривалість життя в Україні в 1997 році становила 67,8 років (для чоловіків - 62,3, жінок - 73,2 роки). Вищі показники були зареєстровані в містах, максимальні в Львівській, Тернопільській, Івано-Франківській областях.

Постаріння характеризують також показниками демографічного навантаження, що залежать від міграції та статевого складу населення регіонів (див. підрозділ "Медико-соціальні особливості демографічних процесів").

Здоров'я ЛПСВ характеризують такі показники:

- смертність;
- захворюваність;
- інвалідність;
- спеціальні показники.

Смертність ЛПСВ - це кількість померлих за рік жінок і чоловіків старших 55-ти й 60-ти років на 1000 відповідного населення (табл. 13, табл. 14). *Рівень смертності ЛПСВ вищий, ніж у всього населення, та підвищується зі збільшенням віку, особливо після 75 років. Для 85-літніх і старших період прийдешнього життя становить 3-5 років і практично все покоління вмирає до 90 років. Вікові максимуми інтенсивності смертності ЛПСВ становлять 70-75, 81-85, 91-95 років. Різниця інтенсивності показників різних вікових груп ЛПСВ обумовлює структуру померлих за віком (мал. 27). Основну частку становлять люди 75-90 років; на вік 60-74 роки припадає 24 %; на 75-90-річних – 56 %; на старших 90 років – 20 % померлих.*

Усі регіони України відзначаються вищим *рівнем смертності ЛПСВ у сільській місцевості* (табл. 14). Протягом усього життя *смертність чоловіків у 2 рази перевищує жіночу* та з віком різниця зменшується до 20 %, майже зовсім зникає після 80 років.

Динаміка незмінна з 1990 по 1995 рр. У 1997 р. спостерігалось деяке зниження показника в усіх вікових групах, серед міського та сільського населення.

Таблиця 13

Смертність населення України в непрацездатному віці, 1992-1997 роки (на 1000 населення)

Вік (років)	Чоловіки			Жінки		
	1992	1995	1997	1992	1995	1997
55 і більше				40,4	43,1	41,6
60 і більше	62,0	70,0	66,8	48,2	52,3	51,5
70 і більше	108,3	112,3	103,5	84,5	88,1	82,4
85 і більше	240,4	249,9	234,2	212,4	227,9	217,7

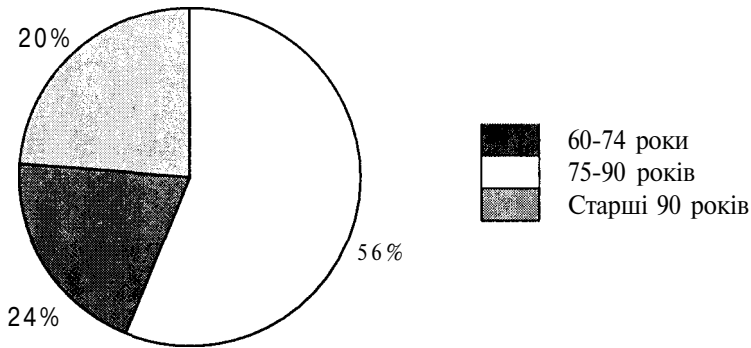
Таблиця 14

Смертність населення України в непрацездатному віці за статтю та місцем проживання, 1990-1997 роки (на 1000 населення)

Рік	Чоловіки 60 років і старше			Жінки 55 років і старше		
	Україна	місто	село	Україна	місто	село
1990	58,1	56,6	60,2	45,0	44,3	45,9
1993	65,8	64,9	66,9	42,7	41,3	44,7
1996	68,6	67,7	69,7	42,3	39,9	45,6

Проедні причини смерті людей похилого віку відтворюють загальну структуру смертності населення. Перше рангове місце займають *хвороби системи кровообігу (ХСК)* (більше 70 %), їх питома вага зростає з віком і найбільше в останні два роки життя.

Наступні рангові місця займають новоутворення, травми та отруєння, хвороби органів дихання.



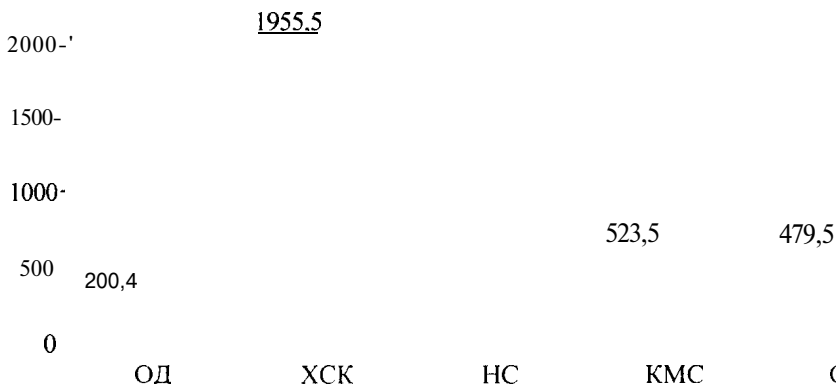
Мал. 27. Структура померлих ЛПСВ у непрацездатному віці (Україна, 1997 р.).

Більше половини чоловіків 60-69 років помирає внаслідок ХСК, близько чверті - від новоутворень, кожний десятий - через захворювання органів дихання. У жінок відповідно - 60 %, 20 %, понад 4 %.

Захворюваність населення похилого віку характеризується хронічним комплексним взаємообтяжливим характером патології, частими загостреннями та ускладненнями основного процесу, атипичним перебігом і тривалим періодом одужання.

За даними комплексних медичних оглядів рівень захворюваності в непрацездатному віці становить $4295,1 \text{ }^0/\text{ }_{00}$, що в 2,6 раза вище показника за даними звертань за медичною допомогою.

Найбільш поширена серед літніх людей патологія представлена на мал. 28.



Мал. 28. Поширеність окремих захворювань серед літніх людей в Україні, 1997 рік (на 1000 населення).

До неї належать: хвороби системи кровообігу (ХСК) - $1995,5 \text{ }^0/\text{ }_{00}$; нервової системи та органів чуття (НС) - $578,0 \text{ }^0/\text{ }_{00}$; кістково-м'язової системи та сполучної тканини (КМС) - $523,5 \text{ }^0/\text{ }_{00}$; органів травлення (ОТ) - $479,5 \text{ }^0/\text{ }_{00}$ і органів дихання (ОД) - $200,4 \text{ }^0/\text{ }_{00}$.

Структура первинної захворюваності відмінна від структури поширеності хвороб. Перше місце в структурі первинної захворюваності займають хвороби органів дихання, а друге місце - хвороби системи кровообігу.

Дані вибіркового епідеміологічного дослідження, проведеного інститутом геронтології АМН України, дозволили визначити загальні та регіональні розбіжності в рівнях і структурі захворюваності населення непрацездатного віку за даними звертань і медичних оглядів.

Найнижчий рівень захворюваності відмічається в Житомирській (1148,0 ‰) і Рівненській (1162,0 ‰) областях, а найвищий - в Одеській області (2120,0 ‰), містах Києві (2467,5 ‰) та Севастополі (2638,9 ‰). Показники рівнів захворюваності за даними звертань і комплексних медичних оглядів зростають з віком в обох статевих групах і особливо в сільській місцевості.

Для міських мешканців різних регіонів суттєвої розбіжності між цими показниками не виявлено; у вікових групах 60-69 і 70-79 років захворюваність у містах відповідно в 2,0-2,4 і в 1,3-2,1 раза вища, ніж у селах. Серед 80-річних і старших цей показник перевищує "середньостатистичний сільський" у 1,6 раза.

Надання медичної допомоги людям старшого віку ускладнює *множинність патології*. Вона обтяжує загальний стан хворого, обумовлює атиповість і довготривалість перебігу захворювань. У всіх регіонах найбільші її показники мають місце у жінок старших 80 років.

Спеціальні показники здоров'я ЛПСВ

При старінні комплексна хронічна патологія, прогресуючи на тлі вікових змін процесів обміну речовин, функціонального стану органів і систем, у першу чергу серцево-судинної, нервової, органів зору та інших, призводить до зниження фізичних можливостей особистості та збільшення залежності від сторонньої допомоги. Тому для *оцінки стану здоров'я ЛПСВ* використовують *показники можливостей людини*. Найбільш інформативними, що відтворюють стан фізичних можливостей ЛПСВ є *взаємопов'язані ступінь рухливості (СР) та здатність до самообслуговування (СО)*.

• *Ступінь рухливості* - здатність вільно переміщуватись, рухова активність, забезпечує контакти з середовищем, впевненість, добрий настрій, впливає на самопочуття, психічне та фізичне здоров'я.

Виділяють чотири *ступені рухливості*:

- повна;
- в межах міста (села);
- в межах квартири (хати);
- обмежена ліжком.

• *Здатність до самообслуговування (СО)* - побутове самозабезпечення без сторонньої допомоги.

З віком, особливо після 80 років, показники більш інтенсивно зменшуються.

Таким чином, лише комплексне вивчення показників стану здоров'я дозволяє об'єктивно визначити потребу ЛПСВ в амбулаторно-поліклінічній,

стаціонарній медичній допомозі, суспільному нагляді, соціально-побутовому обслуговуванні.

Проблеми організації адекватної медичної та соціальної допомоги ЛПСВ актуальні для багатьох країн світу в зв'язку з тим, що заклади геріатричного профілю - геріатричні відділення при загальних і спеціалізованих лікарнях, стаціонари, інтернати - не спроможні повністю задовольнити їх потреби. Це пов'язане, перш за все, з недостатнім фінансуванням, яким опікується держава, або муніципальним. Благодійні фонди, церкви, громадські організації, медичне страхування теж не покриває всіх витрат.

З огляду на це *ВООЗ переорієнтувала* свою політику на *максимальне забезпечення медичної допомоги ЛПСВ в домашніх умовах*, серед рідних, із максимальною соціальною адаптацією та активізацією.

Проблема організації адекватної медичної допомоги ЛПСВ вельми актуальна для України.

Розвиток системи організації геріатричної допомоги в Україні, розпочатий у 1997 році продовжується.

До обов'язкових закладів належать:

1. Амбулаторно-поліклінічні:

- геріатричний центр;
- геріатрична поліклініка;
- геріатричні кабінети, медично-соціальні відділення.

2. Стаціонарно-замінюючі:

- денна геріатрична лікарня (при НДІ геронтології);
- домашній, денний стаціонар.

3. Стаціонарні заклади:

- геріатричне відділення для довгострокового лікування хронічно хворих;
- геріатрична лікарня;
- пансіонат у системі закладів соціального захисту населення.

4. Геріатрична аптека.

За концепцією розвитку державної геріатричної системи медична допомога літнім людям надається загальними закладами охорони здоров'я та спеціальними геріатричними підрозділами (зкладами).

/. Амбулаторно-поліклінічна допомога

Поліклініки забезпечують первинну та спеціалізовану допомогу, лабораторні, рентгеноскопичні, інші лікувальні та реабілітаційні види обслуговування при пріоритетності активного медичного нагляду за літніми пацієнтами, наближення допомоги до місця їх проживання.

Первинною медико-санітарною допомогою літнім людям (в амбулаторних і домашніх умовах, щорічним медичним оглядом, направленням на лікування, організацією стаціонару вдома), соціальними послугами опікується дільничний (сімейний) лікар.

За даними епідеміологічних досліджень, переважна більшість пенсіонерів (81,8 %) - амбулаторні хворі. Зі збільшенням віку росте потреба в

амбулаторній допомозі та зменшується кількість звертань до поліклінічних установ. Особливо в сільській місцевості мешканці в більшості випадків звертаються до поліклініки 1 раз на рік або жодного разу.

Низькі показники звертань сільського населення літнього віку до дільничної амбулаторії обумовлені зниженням їх фізичних можливостей, віддаленістю медичних закладів від місця проживання, недосконалістю транспортного зв'язку.

Найбільша кількість відвідувань поліклініки припадає на вересень-грудень і березень-травень. У "холодні" місяці року ожеледиця в поєднанні зі зниженими фізичними можливостями заважає старим людям добиратися до поліклініки, а влітку пенсіонери працюють на присадибних ділянках.

Більшість чоловіків звертається за допомогою в разі виникнення гострих станів, для проходження медоглядів, отримання рецептів. У першу чергу це стосується інвалідів війни. Жінкам більш притаманна профілактична спрямованість медичної допомоги.

Структура звертань міського та сільського населення за медичною допомогою має розбіжності за винятком таких: з метою виписки рецептів - друге (відповідно 23,7 % і 28,1 %), профілактичного обстеження та отримання порад - четверте (12,7 % і 15,0 %) і лабораторного обстеження - п'яте місце (3,9 % і 7,6 %). Звертання з приводу диспансерного нагляду та з'ясування причин скарг на здоров'я та загострення хвороб посідають перше й третє місце серед міського та міняються між собою серед сільського населення. Більша питома вага звертань у сільській місцевості з приводу загострень хвороб, консультацій і отримання порад лікаря свідчать про необхідність посилення диспансерного нагляду за пацієнтами літнього віку.

Оскільки реальні терміни обстеження літніх людей потребують у 2,0-3,7 рази більше часу, виникає необхідність у перегляді робочого навантаження при плануванні діяльності амбулаторної служби в демографічно "старих" районах обслуговування.

2. Медична допомога в домашніх умовах

Цей вид допомоги передбачає розширення обсягу діяльності середнього медичного персоналу, в ідеалі патронажної гериатричної сестри.

На сучасному етапі стаціонар вдома організовує та обслуговує дільнична терапевтична бригада (дільничний терапевт і медичні сестри). Більш раціональним є створення в поліклініках спеціалізованих бригад і медико-соціальних відділень проведення патронажу та лікування одиноких літніх людей при втраті ними здатності до самообслуговування із запрошенням сестер милосердя Червоного Хреста та працівників відділень надомного соціального обслуговування.

Організація адекватної домашньої медичної допомоги є однією з найгостріших проблем сьогодення. Потреба в ній визначається насамперед руховою обмеженістю, нездатністю до самообслуговування та самотністю хворого. Темпи розвитку потреб зростають, але не мають відповідного забезпечення.

Літні люди в три рази частіше викликають додому дільничного терапевта й в 3-5 разів - швидку та невідкладну медичну допомогу. Серед усього дорослого населення, яке протягом року потребує медичної допомоги вдома та звертається за нею, частка літніх людей становить від 85,3 % у сільських поселеннях до 53,2 % у містах. Їх активно відвідують переважно дільничні терапевти чи фельдшери ФАПів.

З віком збільшується частка осіб, які користуються медичною допомогою виключно вдома: від 19,3 % серед населення 60-80 років до 89,6 % - після 80 років.

На частоту звертань літніх пацієнтів за надомною медичною допомогою впливає організація соціально-побутової та психологічної підтримки з боку інших осіб. Старі люди, які мають сім'ю, чи обслуговуються вдома соціальними працівниками, звертаються за надомною медичною допомогою рідше, ніж ті, які потребують сторонньої допомоги, але не отримують її. За останні роки в 3-4 рази зросли показники фактичних відвідувань самотніх літніх пацієнтів вдома середнім персоналом дільниць, товариствами Червоного Хреста, працівниками територіальних соціальних центрів, громадських і добровільних організацій.

Систему організації надомного медичного обслуговування доцільно розвивати за такими напрямками:

- активне спостереження дільничними терапевтами за станом здоров'я людей похилого віку з чітко встановленою періодичністю;
- лікувально-консультативні відвідини спеціалістами поліклініки;
- розгортання "домашніх стаціонарів" у гострому періоді захворювання;
- розгортання "реабілітаційних надомних стаціонарів" для відновлювального лікування пацієнтів;
- довготривала медико-соціальна реабілітація;
- швидка медична допомога.

3. Стаціонарна допомога

Стаціонарне лікування літніх хворих проводиться мережею багатопрофільних і спеціалізованих лікарень.

Стаціонарна медична допомога є важливою ланкою в системі лікувально-профілактичного обслуговування населення непрацездатного віку. Серед усіх госпіталізованих до територіальних стаціонарних медичних закладів на їх частку припадає в середньому 32,3 %. Найбільша частка пацієнтів 60 років і старших лікується в кардіологічних (58,4 %), терапевтичних (30,5 %), неврологічних (29,6 %), офтальмологічних (22,8 %) і гастроентерологічних (15,2 %) відділеннях. Переважна більшість (81,2 %) має комплексну хронічну патологію. Середня кількість хвороб (головна та супутня патологія разом) на одну госпіталізовану людину похилого віку становить 5,2.

Загальний рівень госпіталізації літніх хворих у сільській місцевості нижчий, ніж у містах. Для чоловіків він у 1,6-1,9 раза вищий, ніж для жінок.

Вікова структура госпіталізованих літніх пацієнтів співпадає з загальною віковою структурою - співвідношення кількості пацієнтів 60-69, 70-79, 80 років і старших становить 6,1:2,8:1,0.

Рівень госпіталізації в старечому віці падає в 1,2 раза порівняно з 60-74-річними (з 201,4 % до 167,8 %).

Найбільший відсоток госпіталізованих у місті становлять хворі 60-69 років.

Ургентна госпіталізація літніх людей становить 25,5 % випадків і значною мірою пов'язана з їх запізним звертанням. У структурі госпіталізованих на частку хвороб системи кровообігу, органів дихання, травлення, нервових та онкологічних припадає 87,7 %.

На тривалість перебування в стаціонарі впливає низка чинників: нозологічна форма, вік, порядок госпіталізації, супутні діагнози, соціальне становище.

Середній необхідний термін перебування на стаціонарному лікуванні кардіологічних хворих літнього віку становить 28 днів, фактичний - на 50 % коротший, що сприяє посиленню хронізації процесів і повторній госпіталізації. Разом із тим, скорочення термінів стаціонарного лікування необхідне й можливе. Адже в гострому періоді захворювання воно є достатнім протягом 8-15 днів із наступним долікуванням, якого потребують 87,1 % виписаних, у денних стаціонарах, домашніх умовах, відділеннях довготривалого лікування.

Рекомендована Українським НДІ кардіології ім. М.Д. Стражеска схема лікування людей похилого та старечого віку (на прикладі кардіологічних хворих) — інтенсивне стаціонарне лікування протягом 15 днів плюс долікування в денному, надомному стаціонарах або відділенні довготривалого лікування протягом 14 днів. Вартість лікування за такою схемою на 26,3 % нижча від суто стаціонарного.

4. Реабілітаційна допомога

Ефективність функціонування геріатричних служб залежить від їх реабілітаційної спрямованості. Для літніх людей необхідна мережа реабілітаційних закладів, герореабілітаційних відділень у поліклініках, стаціонарах, територіальних центрах соціального обслуговування.

5. Психіатрична допомога

За прогнозами потреба в ній буде зростати. Люди похилого віку з психопатологією повинні лікуватися в геріатричних відділеннях лікарень загального типу, денних психореабілітаційних стаціонарах служб медичної допомоги. Програма їх лікування повинна бути спрямована на гальмування темпів інвалідації, тренування пам'яті та основ самообслуговування.

6. Високкокваліфікована консультативна допомога

Надається на всіх етапах медичного обслуговування - від лікарів-спеціалістів до вчених НДІ МОЗ України та АМН України.

Інститут геронтології вивчає процеси старіння та особливості лікування, надає високкокваліфіковану, спеціалізовану, консультативно-лікувальну

допомогу літнім людям. На базі цього закладу функціонує консультативна геріатрична поліклініка, денний стаціонар і клінічні відділення, а також відповідна кафедра Академії післядипломної підготовки лікарів.

7. Соціальне обслуговування

Надається відповідними територіальними центрами, відділами надомного соціального обслуговування, будинками милосердя, інтернатами, денними геріатричними відділеннями. Найбільш перспективною формою є спеціалізовані будинки для одиноких пенсіонерів із комплексом соціально-побутових послуг і цілодобовою медичною допомогою.

Потреби в медико-санітарній допомозі

Госпіталізації в геріатричні лікарні (відділення), відділення (палати) довгострокового перебування потребують, у середньому, 4,2 % міського та 8,4 % сільського населення.

Короткочасне лікування (до 2 тижнів), або проведення реабілітації в домашніх умовах, денному стаціонарі при амбулаторно-поліклінічних відділеннях необхідне відповідно 10,5 % та 6,3 %.

Активного медичного спостереження з проведенням періодичних (1-2 рази протягом року) курсів лікувально-відновлювальної терапії в денних стаціонарах, реабілітаційних відділеннях районних поліклінік, сільських амбулаторіях або ФАПах потребують 41,5 % міського та 39,5 % ЛПСВ сільського населення.

Періодичного спостереження, щорічного комплексного медичного обстеження та профілактичної реабілітації потребують відповідно 43,8 % і 45,5 %.

Зростання потреб літнього населення в загальній і спеціалізованій допомозі, звичайно, потребує додаткового фінансування галузі, а отже підвищення відсотка витрат на охорону здоров'я від ВВП (розділ 4).

Генеральна асамблея ООН у 1992 р., усвідомлюючи вплив процесу постаріння на соціальне, економічне, культурне життя в майбутньому столітті, прийняла Декларацію з закликком до міжнародної спільноти знайти вкрай необхідні ресурси в зв'язку з настанням демографічної зрілості людства.

Міжнародному плану дій з проблем постаріння сприятиме:

- поширення Принципів Організації Об'єднаних Націй на літніх людей;
- надання належної уваги питанням постаріння населення в програмах ООН і компетентних організацій (із належним забезпеченням ресурсами шляхом їх перерозподілу);
- сприяння внутрішньо- та міжрегіональному співробітництву для реалізації програм;
- розвиток національних стратегій і програм в інтересах людей похилого віку, співробітництво між державними та недержавними організаціями щодо первинної медико-санітарної допомоги, пропаганди здорового способу життя, реалізації програм самопомоги, підготовки всього населення до життя в похилому віці.

На міжнародному рівні (Генеральна асамблея ООН, Всесвітня медична асоціація) прийнята низка документів, що регулюють основні юридичні та правові питання становища літніх людей. Гонконзька декларація (1990 р.), зокрема, присвячена вирішенню проблем стосунків із ними - лікар несе відповідальність за психічне та моральне здоров'я цього контингенту. При небезпеці для здоров'я певних сімейних обставин він зобов'язаний повідомити соціальні служби та власноруч зробити все необхідне, виходячи з інтересів ЛПСВ.

Впровадження принципів на міжнародному та національному рівні започаткував Міжнародний рік людей похилого віку (1999). ВООЗ рекомендує основний акцент зробити на покращанні якості їх життя та його продовженні з попередженням інвалідності.

Основні напрямки покращання стану лікувально-профілактичної допомоги ЛПСВ в Україні.

Відповідно до документів та рекомендацій ВООЗ розроблена "*Концепція державної системи геріатричної допомоги населенню*". В ній визначені пріоритетні напрямки розвитку системи геріатричної допомоги населенню, а саме:

- профілактична спрямованість;
- пріоритетність медичної реабілітаційної допомоги;
- стандартизація та адресність послуг;
- зближення геріатричних послуг і форм сестринського догляду;
- розвиток системи первинної геріатричної допомоги;
- подолання різниці між обсягом і якістю медико-соціальної допомоги літнім людям, що мешкають в місті та селі;
- формування престижу літньої людини в родині та суспільстві.

Основним принципом державної допомоги є відповідність між її обсягом і станом здоров'я.

Розроблено положення про гарантований рівень і обсяг геріатричної допомоги населенню за 4 класами:

1 клас — літні люди, що потребують періодичного медичного спостереження та не потребують соціально-побутового обслуговування. Їм гарантується медична допомога первинного рівня в амбулаторно-поліклінічних закладах (терапевтична, стоматологічна); вторинного - спеціалізована - 5-6 відвідувань на рік, лікування, протезування, профілактична реабілітація (10-12 днів), лабораторно-діагностичні дослідження (аналіз крові, сечі, флюорографія, УЗД), щорічний медичний огляд вторинного рівня, 1 виклик швидкої медичної допомоги; медичний огляд третинного рівня - лікувально-консультативна спеціалізована допомога; соціальна допомога в закладах соціальної адаптації пенсіонерів.

2 клас — літні люди, що потребують активного медичного спостереження, максимального наближення до медико-соціальної допомоги за місцем проживання.

3 клас - люди, що мають множинну хронічну патологію та потребують кожен день почасти соціально-побутової допомоги.

4 клас - літні люди, що втратили здатність до самообслуговування та потребують постійної медичної та побутової допомоги, тимчасового або постійного перебування в пансіонаті (будинку інтернаті) для пенсіонерів, послуг кімнат медико-соціальної допомоги Товариства Червоного Хреста.

Перспективи розвитку геріатричної допомоги

Сучасний напрямок передбачає переведення всіх пацієнтів старших 60 років на загальне обслуговування, а саме:

- створення фельдшерсько-сестринських бригад і об'єднань для проведення щорічних медичних оглядів, постійного активного спостереження за станом здоров'я, лікування та реабілітації в домашніх умовах;
- розвитку нічних служб домашньої медико-соціальної допомоги;
- організацію хоспісів, "кризових центрів", "гарячих" інформаційно-консультативних ліній екстреного звертання та допомогу волонтерів;
- широке розповсюдження денних центрів культурного відпочинку та медико-соціальної реабілітації;
- герореабілітаційні центри для психічнохворих;
- заклади готельного типу для психічнохворих;
- центри працевлаштування пенсіонерів.

Для одинаків особливо важлива організація геріатричних районних центрів пільгового дієтичного харчування, "домашніх їдалень".

Наказом Президента України № 1347197 від 10.12.1997 року схвалена програма "Здоров'я літніх людей", спрямована на поліпшення їх стану здоров'я та якості життя та розрахована на період до 2002 року. Основними завданнями програми є:

- уповільнення темпів старіння, зупинення спаду тривалості життя в Україні;
- зменшення захворюваності, інвалідності та смертності літніх людей;
- наближення охорони здоров'я, соціального забезпечення та догляду за літніми людьми до європейських стандартів;
- здійснення заходів для підтримки активного способу життя та самообслуговування літніх людей.

Держава гарантує літнім людям соціальний захист шляхом реалізації права на працю (за професією, трудовими навичками), належні умови для підтримки здоров'я, відповідне медичне обслуговування на рівні сучасних досягнень науки.

Родина є оптимальним середовищем для підтримання фізичного здоров'я та психічного стану літньої людини.

Виконання Програми покладено на відповідні міністерства, відомства, обласні та міські державні адміністрації й передбачає:

- щорічні медичні огляди пенсіонерів;
- розробку та впровадження програми реабілітації хворих на коронарну та екстрапірамідну недостатність, судинну патологію головного мозку, хронічні захворювання легень і опорно-рухового апарату;

- створення при поліклініках медико-соціальних відділень для обслуговування ветеранів війни, інвалідів і непрацездатних літніх людей;
- організацію при багатопрофільних лікарнях відділень сестринського догляду; обласних центрах і м. Києві та Севастополі лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспіси), мережі амбулаторій у сільських населених пунктах для наближення первинної медико-санітарної допомоги до місць проживання літніх людей;
- забезпечення кардіостимуляторами, ендопротезами суглобів вітчизняного виробництва, ліжками та засобами догляду, спеціальними лікарськими формами для геріатричних пацієнтів обласних і районних лікарень.

Розроблені заходи щодо поліпшення умов життя, харчування та соціального захисту літніх людей. Зокрема, передбачається забезпечити комфортність їх пересування на транспорті, відновити діяльність фізкультурно-оздоровчих закладів, вдосконалити мережу територіальних центрів соціального обслуговування та відділень соціальної надомної допомоги, створити при Раді Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київській та Севастопольській міських державних адміністраціях спеціальні комісії у справах літніх людей. Запропоновано також вирішити питання щодо забезпечення окулярами та слуховими апаратами, стоматологічним протезуванням на пільгових умовах.

Реалізація Програми передбачає співробітництво з відповідними міжнародними товариствами, організаціями, а саме Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Організацією ветеранів України та іншими.

Контрольні питання

1. Поняття про постаріння населення, класифікація його ступенів.
2. Постаріння населення в Україні, регіональні особливості, показники.
3. Оцінка стану здоров'я літніх людей, її особливості.
4. Основні тенденції організації геріатричної допомоги в світі та Україні.
5. Основні типи державних закладів, що надають медико-соціальну допомогу особам похилого та старечого віку.
6. Лікувально-профілактичні заклади (підрозділи), що надають медико-соціальну допомогу літнім людям в Україні.
7. Особливості амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги людям похилого та старечого віку.
8. Перспективи розвитку медичного обслуговування літніх людей у світі та Україні.
9. Програма "Здоров'я літніх людей" (1997 р.).

Розділ 7. МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

7.1. Основи медичного страхування

Пошук шляхів подолання двох основних проблем системи охорони здоров'я України - недостатності фінансових коштів і низької якості медичного забезпечення - спонукає до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країнах світу.

Страхувати - значить оберігати від чогось небажаного, неприємного, захистити, гарантувати безпеку, а сам процес *страхування* — це спосіб захисту майнових інтересів в умовах ринкової економіки.

Кожна людина вже сьогодні має знати як зменшити ризик від погіршення здоров'я чи настання захворювання, нещасного випадку тощо в умовах ринкової економіки, яка є основою страхової медицини та медичного страхування.

Страхова медицина - це складна та надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я. Товаром є оплачувана, конкурентно-спроможна, гарантована, якісна і достатня за обсягом медична послуга, прокована ризиком для здоров'я. "Покупцем" її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності), фізичні особи, які знаходяться в умовах такого ризику.

Медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Метою страхової медицини та медичного страхування є забезпечення громадянам соціальних гарантій і прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку, а також фінансування профілактичних заходів.

Медичне страхування передбачає:

- посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги населенню;
- контроль за обсягом і якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами та окремими приватними лікарями;
- розрахунок із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу, згідно з угодою, через страхові фонди (медичні організації), сформовані за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Головні риси страхової медицини світу:

- належність, у більшості країн світу, до системи охорони здоров'я, яка доповнює державну;

- надання всім залученим дотієї чи іншої системи медичного страхування однакової за обсягом та якістю необхідної медичної допомоги;
- свобода вибору для пацієнта;
- надання медичних послуг найвищої кваліфікації;
- висока прибутковість вкладених капіталів (за кордоном);
- впровадження нових форм управління;
- орієнтованість на високоосвічене населення з достатньою медичною культурою;
- зацікавленість медичних працівників у запровадженні системи медичного страхування з огляду на поліпшення свого соціального становища;
- орієнтування медичних працівників на комунікабельність, ініціативність, працьовитість, ввічливість;
- забезпечення за будь-яких обставин застрахованому обумовленої умовами страхування медичної допомоги в разі виникнення ризику для здоров'я;
- базованість на конкретній потребі, що вимагає утримання певних резервів, і обумовлює більш високу вартість.

Системи медичного страхування на випадок хвороби, як свідчить світовий досвід, є багатогранними та відрізняються за *принципами управління, організації, шляхами залучення людей, переліком медичних послуг, характером фінансування* тощо.

◆ Фінансування за рахунок податкових надходжень до державного бюджету та забезпечення належного рівня медичних послуг усім категоріям населення передбачає державна (бюджетна) система страхування (Англія, Італія, Данія, Ірландія).

◆ Соціальна система медичного страхування, на відміну від державної, фінансується на тристоронній основі: за рахунок бюджетних надходжень, внесків роботодавців і самих працівників. При цьому особи з низькими прибутками і соціально незахищені, як правило, страхових внесків не сплачують (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина, Нідерланди та інші). Характерним для системи охорони здоров'я, що базується на принципі соціального страхування, є участь населення у витратах (певні види та обсяг медичної допомоги оплачуються ним самостійно, незалежно від коштів страхування) та соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий за старого, багатий за бідного).

◆ Фінансування медичних послуг за рахунок особистих коштів населення характерне для платної (ринкової) системи охорони здоров'я.

В ряді розвинутих країн функціонують розгалужені системи медичного страхування, які охоплюють значні контингенти населення включно з промисловими, сільськогосподарськими працівниками, службовцями і членами їх сімей, тими, хто навчається, дрібними підприємцями тощо.

Усі ці системи на сьогодні мають місце в більшості країн Західної Європи, в Північній Америці, Австралії, Ізраїлі, Новій Зеландії, Японії. Достатньо розвинуті вони у деяких країнах Латинської Америки, Близького Сходу та Азії.

За даними ВООЗ, різноманітні системи страхової медицини використовують більше 30-ти країн Організації Економічного Співробітництва та Розвитку. Ними охоплено понад 800 млн. осіб - майже 74 % витрат на лікування хворих компенсується із страхових фондів.

Медичне страхування за формами поділяється на *обов'язкове та добровільне*.

Обов'язкове медичне страхування, як частина системи соціального страхування, є його основною формою в країнах з розвинутою ринковою економікою.

Воно здійснюється за умовами і порядком, передбаченими законодавчим актом країни відповідно до *правил і базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом країни*.

В Україні відповідне законодавство відсутнє, хоча в Законі "Про страхування (1996)" медичне страхування назване першим у переліку обов'язкових видів. Очікується, що воно набуде ознак соціального страхування та ґрунтуватиметься на принципі "багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого".

Населенню, яке підлягає обов'язковому медичному страхуванню, держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску. Отримати медичну допомогу згідно з програмою застрахований може на всій території держави, в тому числі й за межами постійного місця проживання, з подальшими взаєморозрахунками між страховими організаціями за затвердженими тарифами.

Держава надає право застрахованому в межах території проживання вибирати лікувально-профілактичний заклад та лікаря, за умови їх участі в програмах обов'язкового медичного страхування тієї страхової організації, де застраховано конкретного громадянина.

Конкретні розміри страхового внеску при обов'язковому страхуванні для підприємств різних форм власності (в % до фонду оплати праці чи прибутку) встановлюються виконавчими структурами з урахуванням розміру базового внеска, індексації цін, а також ступеня несприятливого впливу виробничого середовища на стан здоров'я працюючих.

Обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення здійснюється страховими організаціями за договорами з територіальною адміністрацією.

Страхові медичні організації (компанії, фонди) реалізують обов'язкову страхову медичну програму за угодою з лікувально-профілактичними закладами (незалежно від форм власності), приватно практикуючими і лікарями загальної практики (сімейними), ліцензованими та акредитованими в установленому законом порядку з питань надання застрахованій стороні послуг в обсязі, передбаченому затвердженою базовою програмою.

Діяльність медичних закладів, персоналу, окремих лікарів, задіяних в обов'язковому страхуванні, оплачує страховик за встановленими тарифами на послуги чи нормативним фінансуванням на одну особу відповідно до угоди

зі страховою організацією. В ній обумовлюються також обсяг і якість медичної допомоги на основі затверджених клініко-статистичних груп. Контроль за ними здійснює страхова організація.

Добровільне медичне страхування розглядається як додаткове при наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійне. Найбільшого розвитку добровільне медичне страхування на комерційній основі досягло в країнах з ліберальною ринковою економікою.

В Україні згідно з Декретом Кабінету Міністрів "Про страхування" № 4793 від 10 травня 1993 року та Законом "Про страхування" від 7 березня 1996 року запроваджено добровільне медичне страхування.

На відміну від обов'язкового, що фінансується за рахунок цільових податків, добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності, що регулюється відповідним законом.

При добровільному медичному страхуванні в ролі застрахованої сторони можуть виступати юридичні і фізичні особи. Воно здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком, поширюється на тих юридичних та фізичних осіб, котрі не підпадають під обов'язкове страхування та бажають застрахуватись.

Зміст добровільних страхових програм визначається ситуацією в галузі охорони здоров'я, пов'язаною з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми узгоджуються з територіальними органами управління охороною здоров'я і певним чином стимулюють розвиток найбільш перспективних форм та напрямків добровільного страхування.

В сучасному добровільному медичному страхуванні набувають поширення диференційовані програми, до яких за вибором застрахованих включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Детальна характеристика обов'язкового та добровільного медичного страхування представлена в таблиці 1.

Основою медичного страхування є *програми*, які багато в чому визначають діяльність медичних закладів.

Базова програма обов'язкового медичного страхування (в подальшому - базова програма) відповідно до закону опрацьовується Міністерством охорони здоров'я, затверджується урядом і гарантує населенню країни мінімальний обсяг медичної допомоги. Це науково обгрунтовані пропорції обсягів амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги за певними медичними спеціальностями, що вимагають матеріального, кадрового і фінансового забезпечення.

Відповідно до базової програми органи державного управління затверджують територіальні програми. Обсяг і умови надання медичної допомоги,

Таблиця 1

Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування

№ п/п	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
1.	Некомерційне	Комерційне
2.	Один з видів соціального страхування	Один з видів індивідуального страхування
3.	Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне (сімейне)
4.	Регламентується Законом "Про медичне страхування громадян країни" (проект)	Регламентується Законом України "Про страхування" (1996 р.)
5.	Здійснюється державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
6.	Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
7.	Страховальники - держава (органи місцевої виконавчої влади) та працююче населення	Страховальники - юридичні та фізичні особи
8.	Джерела фінансування - внески державного бюджету, працевдавців і працюючого населення	Джерела фінансування - особисті доходи громадян, прибуток працевдавців (юридичних осіб)
9.	Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами влади різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страховальника
10.	Тарифи на страхування встановлюються за єдиною, затвердженою державою, методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страховальника
11.	Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
12.	Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності

що передбачаються територіальними програмами, не можуть бути меншими встановлених у базовій програмі.

Програми медичного страхування повинні переглядатися залежно від потреб у медичній допомозі, що гарантована населенню, матеріальних і фінансових можливостей суспільства в галузі охорони здоров'я.

Страхові медичні організації реалізують обов'язкові програми за угодами з лікувально-профілактичними закладами (незалежно від форм власності), приватними лікарями чи лікарями загальної практики (сімейними лікарями), які мають ліцензії та пройшли акредитацію. Медична допомога застрахованій стороні надається в обсязі, передбаченому затвердженою базовою програмою.

Програма добровільного медичного страхування опрацьовується страховими організаціями і включає, як правило, медичні послуги, що залишились поза увагою програм обов'язкового страхування.

До їх реалізації страхові медичні організації залучають на договірній основі медичні, соціальні, оздоровчі установи будь-якої форми власності з визначенням плати за конкретні послуги.

Задіяні в програмах лікувально-профілактичні заклади несуть економічну та юридичну відповідальність перед страхувальником за надання застрахованій стороні медичних послуг, передбачених угодою, щодо обсягу та якості. При порушенні медичним закладом стандарту надання медичної допомоги застрахованому страхувальник має право частково чи повністю не сплачувати вартість послуг.

Медичні заклади мають право застосовувати штрафні санкції до своїх лікарів за медичні послуги, надані з порушенням стандартів. Їх розміри обумовлені угодами. Слід врахувати, що далеко не всі медичні послуги можуть фінансуватися за програмами медичного страхування.

Держава повинна фінансувати заклади охорони здоров'я та оплачувати високовартісні медичні послуги, соціально важливі види медичної допомоги, державні медичні програми, діяльність науково-дослідних інститутів і медичних закладів освіти.

Медичне страхування доцільно розглядати як систему економічних взаємовідносин у галузі медичного забезпечення населення з такими *складовими (суб'єктами)*: страховик, страхувальник, застрахований та медичний заклад.

Страховики - це юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі товариств і здійснюють страхову діяльність відповідно до отриманої ліцензії.

Обов'язки страховика:

1) укладання з акредитованими ЛПЗ, самостійно працюючими лікарями у встановленому порядку угоди щодо надання гарантованого обсягу допомоги при обов'язковому медичному страхуванні;

2) укладання угод з акредитованими чи ліцензованими медичними, спеціальними закладами і окремими особами щодо надання послуг добровільного страхування своїм клієнтам;

3) укладання угод (без права відмови), згідно з діючими правилами страхування;

4) контроль якості медичної допомоги, наданій застрахованій стороні;

5) контроль доцільності використання страхових коштів виробниками медичних послуг;

6) економічна відповідальність перед застрахованим за надання медичних послуг;

7) створення резервних (запасних) і профілактичних фондів для забезпечення стабільності страхової діяльності.

Страхові медичні організації мають право за позовом отримувати компенсацію від підприємств і громадян за порушення санітарного та природоохоронного законодавства, для відшкодування витрат на проведені лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи.

Страховальник (застрахований) - це юридична особа, працездатний громадянин, який уклав із страховиком угоду страхування або є ним відповідно до законодавчих актів країни.

При обов'язковому медичному страхуванні страховальником непрацюючого населення є місцеві адміністрації, працюючого - підприємства та роботодавці. Особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, платять внески обов'язкового медичного страхування самостійно. Працівники некомерційних організацій забезпечуються коштами із фінансових ресурсів бюджету чи засновників.

При добровільному медичному страхуванні в ролі страховальника виступають підприємства, громадські, благодійні організації, фонди, інші юридичні особи, а також громадяни, що мають громадську дієздатність і сплачують страхові внески.

Страховальник зобов'язаний:

1) згідно з угодою вносити у встановленому порядку страхові внески (платежі);

2) вживати залежні від нього заходи для усунення несприятливих факторів впливу на здоров'я застрахованих;

3) надавати страховикам інформацію про здоров'я, умови праці та побуту контингентів населення, які підлягають страхуванню;

4) укладати зі страховиками угоди про страхування третіх осіб.

Страховальники мають право вибирати страховика, призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування) і міняти їх до настання страхового випадку при укладанні угод страхування.

Порушення умов угоди застрахованою стороною в частині, що залежить від неї, може потягти за собою повне чи часткове віднесення витрат за медичні послуги на рахунок особистих коштів застрахованого (порушення правил техніки безпеки; недотримання призначеного режиму; захворювання, спровоковані вживанням алкоголю, тютюну, гіподинамією, переїданням тощо).

Застрахований - це особа, яка бере участь у особистому страхуванні. Її життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

Застрахований має право на:

1) обов'язкове та добровільне медичне страхування;

2) вибір страхової медичної організації, медичного закладу та лікаря відповідно до угоди про обов'язкове та добровільне медичне страхування;

3) отримання медичної допомоги на всій території країни, в тому числі й за межами постійного місця проживання;

4) отримання медичних послуг, що відповідають угоді за якістю та обсягом;

5) подання позову страховальнику, страховій медичній організації, медичному закладу, в тому числі на матеріальне відшкодування збитків.

При приватному добровільному медичному страхуванні застрахований, оплачуючи свої страхові внески, виступає в ролі страховальника. За деякими

видами особистого страхування ці суб'єкти можуть не збігатися. Наприклад, при страхуванні дітей страхувальниками є батьки, а застрахованими - діти.

Застрахована особа зобов'язана свідомо не створювати ризику втрати свого та здоров'я інших громадян, достовірно інформувати медичну установу та страховика про його стан та можливі існуючі ризики погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, в якому отримує допомогу.

Застрахована особа несе відповідальність за зловмисне приховування при укладанні угоди добровільного медичного страхування вже наявного захворювання.

Важливою особливістю, яка відрізняє медичне страхування від інших його видів, є те, що це єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами. Їх надає, звичайно, четвертий суб'єкт медичного страхування - *медичний заклад і його працівники*.

Заклади мають право на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих, на одержання від страховика оплати вартості медичних послуг, наданих застрахованому згідно медико-економічних стандартів; на вимогу розгляду претензій комісіями за участю незалежних експертів.

Заклади охорони здоров'я зобов'язані надавати застрахованому згідно зі стандартів допомогу та послуги в обсягах, видах і формах, зазначених в програмі страхування; подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

Суб'єкти медичного страхування в Україні будуватимуть свою діяльність згідно укладених угод.

При добровільному медичному страхуванні укладаються два види угод:

' угода між страхувальником і страховою медичною організацією (СМО) на користь громадянина (якщо страхувальник - юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника) (У1);

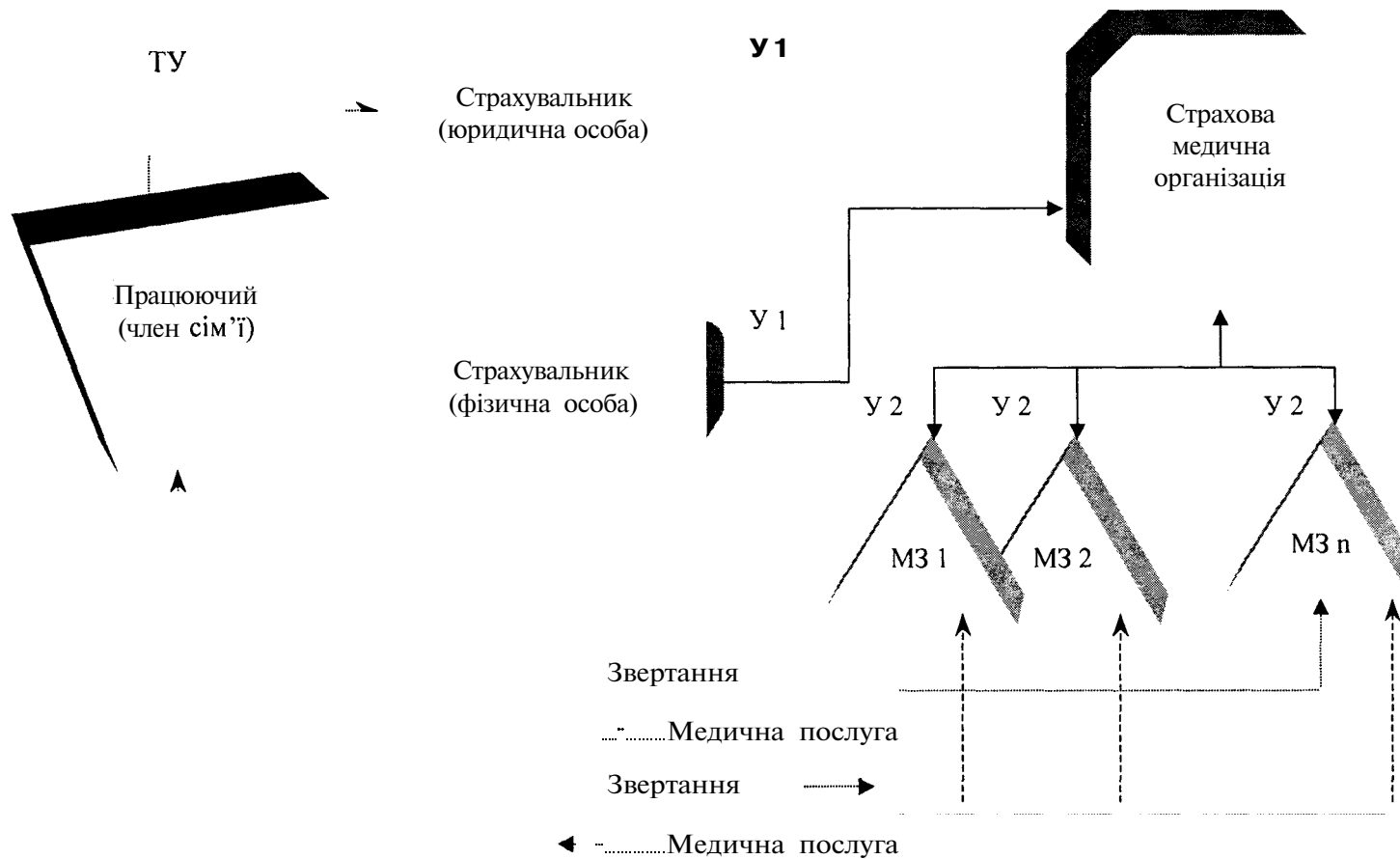
• угода між СМО та медичними закладами, до яких, при наявності страхового випадку, має право звернутися громадянин (У2).

Схема фінансування при добровільному медичному страхуванні (МЗ - медичний заклад, ТУ - трудова угода, У1 і У2 — угоди при добровільному медичному страхуванні) подана на малюнку 1.

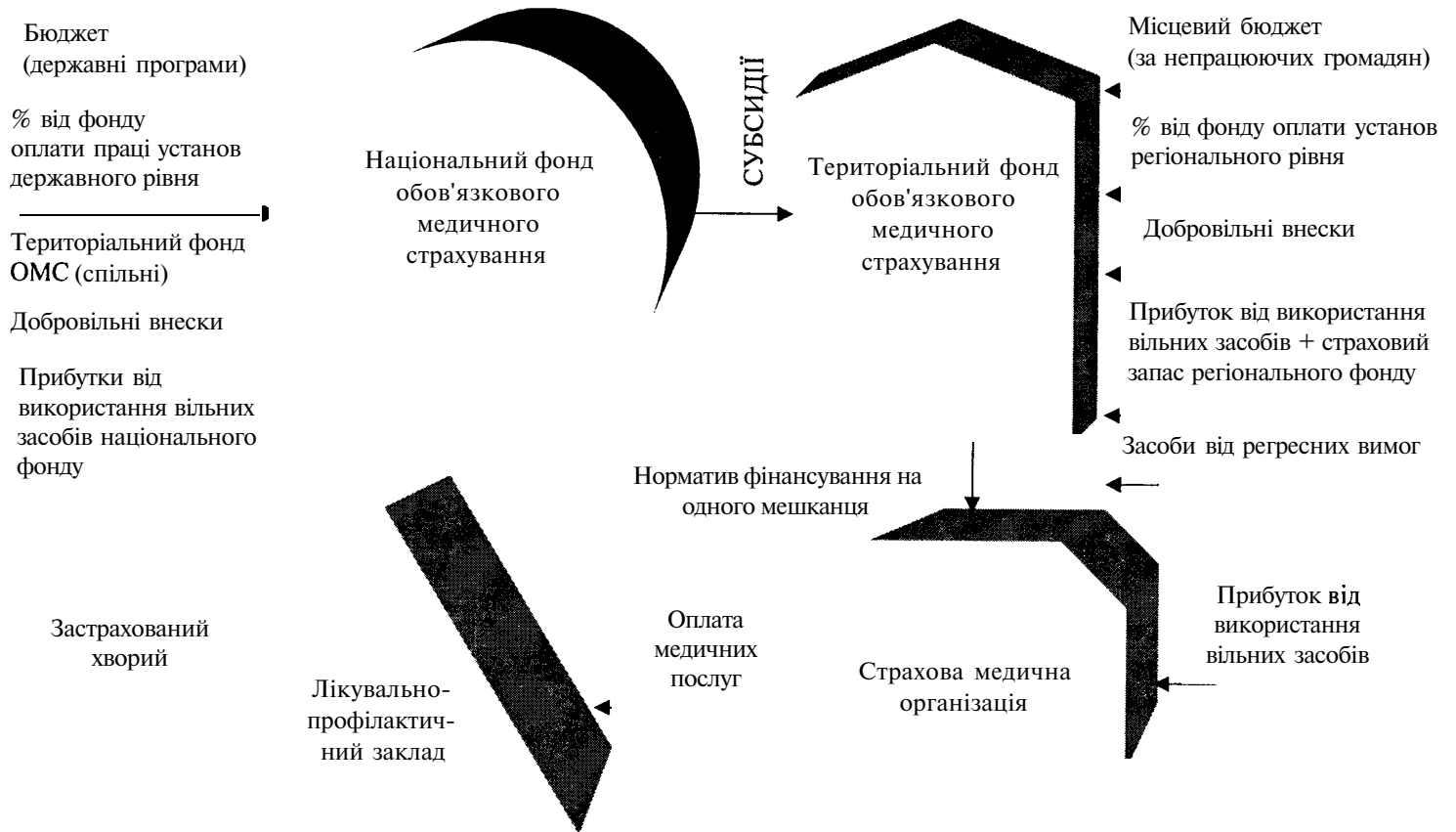
Таким чином, при добровільному медичному страхуванні основним джерелом фінансування допомоги є гроші страхувальника, а додатковим - прибуток від вкладення тимчасово вільних коштів у цінні папери, депозитиви, інвестиції тощо.

При обов'язковому медичному страхуванні (ОМС) передбачається укладання певних угод щодо відповідних взаємовідносин між його суб'єктами:

• угоди про фінансування між страхувальником, територіальним фондом ОМС і СМО на користь громадянина для оплати медичної допомоги в рамках територіальної програми ОМС (в ролі страхувальника будуть виступати: для працюючого населення - роботодавці, для працівників бюджетної сфери та непрацюючих - місцеві адміністрації);



Мал. 1. Схема фінансування при добровільному медичному страхуванні.



Мал. 2. Схема фінансування при обов'язковому медичному страхуванні.

- угоди між страховою медичною організацією та медичними закладами про оплату послуг в межах обов'язкового медичного страхування.

Як переконує досвід ряду країн, де воно запроваджене, основу надходження коштів до фондів складають страхові внески на працююче населення. Передбачувані основні джерела фінансування обов'язкового медичного страхування схематично подано на малюнку 2.

Громадянину при обов'язковому та добровільному медичному страхуванні видаватиметься страховий поліс з гарантією на отримання медичних послуг згідно страхових програм, що діятимуть на території України. Фінансові потоки обов'язкового медичного страхування проходять через різні суб'єкти системи охорони здоров'я. Це створить проблему контролю за ними і, що найважливіше, потребуватиме оцінки їх ефективного використання.

Таким чином, страхова медицина та медичне страхування - це самостійна система товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, спрямована на покращання медичного забезпечення всіх застрахованих.

Запровадження її в Україні - це не стільки зміна кількості джерел фінансування, скільки: а) перехід до нових форм організації та управління системою охорони здоров'я; б) оплати праці за виконану роботу; в) зміни пріоритетів у медичній допомозі зі стаціонарної ланки на амбулаторно-поліклінічну; г) високої якості медичних послуг і відповідності їх соціальним гарантіям страхового поліса; д) вільного вибору пацієнтом лікаря і лікувально-профілактичного закладу та ін.

Для цього вже сьогодні необхідні посередницькі організаційні та управлінські структури (страхові організації, фонди, каси), спеціально підготовлений медичний персонал і більш відповідальне ставлення застрахованих до свого здоров'я.

Контрольні питання

1. Дайте визначення понять: "медичне страхування" та " страхова медицина".
2. Мета страхової медицини та медичного страхування.
3. Головні риси страхової медицини.
4. Основні завдання медичного страхування.
5. Основні особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування.
6. Виконавці обов'язків страховика.
7. Основні обов'язки страховика.
8. Визначення поняття "страхувальник".
9. Обов'язки страхувальника.
10. Права застрахованого.

7.2. Економічна сутність страхової медицини

Страхування з економічної точки зору — це система заходів, спрямованих на створення особливого грошового (страхового) фонду за рахунок внесків його учасників (застрахованих), з якого спеціалізована організація (страховик) відшкодовує застрахованому матеріальні витрати, спричинені обумовленими

в угоді подіями (стихійним лихом, техногенними небезпеками або іншими факторами з ймовірним (ризиковим) характером їх реалізації).

В основу страхування покладена ідея розподілу збитків однієї особи з-поміж багатьох інших. Це робить ледь відчутними матеріальні витрати застрахованого загалом при змові швидко та ефективно допомогти потерпілому.

Медичне страхування з економічної точки зору - це система заходів щодо створення спеціального грошового фонду для відшкодування витрат на медичні послуги та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності, порушенням соціальної активності людини.

Страховими випадками є захворювання, травми, преморбідні та патологічні стани, деякі природні фізіологічні процеси (вагітність, пологи, клімакс), що в результаті призводять до:

- отримання медичних послуг;
- тимчасової чи стійкої, часткової чи повної непрацездатності і зниження соціальної активності, а отже певної втрати прибутку;
- незапланованих витрат на оздоровлення побутового, комунального та виробничого середовища, вибору нового місця проживання, виду праці, характеру харчування, відпочинку тощо.

Перерахованим групам подій відповідає така *структура страхових виплат*:

- відшкодування видатків на діагностичну, лікувально-профілактичну та реабілітаційну медичну допомогу;
- відшкодування витрат на утримання пацієнтів у стаціонарі;
- відшкодування збитків від втрати чи недоотримання прибутку застрахованою особою внаслідок порушень стану здоров'я;
- виплати застрахованій особі обумовлених угодою (умовами) страхування інших видів компенсаційних сум (допомоги) при захворюванні, травмі, інших подіях, які пов'язані зі здоров'ям і працездатністю, наприклад, на покриття витрат на зміну (оздоровлення) умов життя.

Фінансова стабільність страхових операцій у системі медичного страхування пов'язана з актуарними розрахунками, аквізицією, дотриманням нормативних вказівок законодавства, перестрахованням, інвестиційною діяльністю, мінімізацією, утриманням власних витрат і механізмом застосування економічних важелів.

Поняття "*актуарні розрахунки*" походить від слова *actuarius*, що в перекладі з латинської мови означає "спеціаліст з техніки розрахунків страхування". Сучасне значення поняття "*актуарій*" - фахівець страхової справи, який займається розробкою наукових методів розрахунків тарифних ставок, резервів, премій, розміру страхового ризику тощо.

Актуарні розрахунки — це опрацювання специфічної системи математико-статистичних і економічних методів визначення закономірностей фінансових взаємостосунків між суб'єктами медичного страхування (страховик, страховальник і виробник медичних послуг), механізму утворення та витрати

страхового резервного, інших фондів і вагомості участі в них кожного застрахованого шляхом обґрунтування та розрахунку страхових тарифів.

Основою актуарних розрахунків є тарифна ставка, що ґрунтується на теорії ймовірності, методах фінансових розрахунків медичної, економічної, страхової статистики.

Тарифна ставка - це ціна страхового ризику та інших витрат, необхідних для виконання зобов'язань страховика перед страхувальником за підписаним договором. Ставка, за якою укладається договір, називається брутто-ставкою. Вона поділяється на дві частини: нетто-ставку та навантаження.

В загальному виді тариф медичного страхування включає п'ять структурних елементів, два з яких формують нетто-ставку (кошти на передбачені договором виплати застрахованим і оплата медичних послуг), а три - навантаження до неї.

Нетто-ставка характеризує виконання страховою медичною організацією (компанією) своїх обов'язків перед застрахованим. Кошти, отримані за нетто-ставкою через канали медичного страхування, можуть використовуватися тільки на оплату діагностичних і лікувально-профілактичних послуг, наданих застрахованому контингенту.

Навантаження включає витрати на ведення страхових операцій та формування прибутку. Величина навантаження у системі державного страхування раніше становила від 9 % до 20 % величини брутто-ставки.

Важливим напрямком функціонування страхової медицини є робота агентів так званої групи "*аквізиція*" спрямована на укладання нових угод страхування.

Саме поняття "*аквізиція*" походить від латинського *acquisitor*, що означає "одержувач" і трактується в медичному страхуванні як робота із залученням нових угод страхування (а значить страхових внесків) фізичних і юридичних осіб у страховий портфель. Вона будується за принципом: число укладених і поновлених договорів на даний момент часу повинно перевищувати число тих, що закінчуються та достроково припиняються.

Перестраховання - це страхування особливого виду. Воно полягає в передачі частини ризику (ризиків) у відповідальність іншому спеціалізованому страховику (перестраховику) при розширенні прогнозу можливого збитку від великих і небезпечних (надзвичайно катастрофічних) ризиків, а також при попередньому визначенні відповідності між розмірами ймовірної страхової виплати та можливостями організації.

Для вітчизняних страховиків медичне страхування виглядає дуже привабливим: страхове поле є великим, а максимальні ризики незначними. Останнє судження - підступна помилка. Медичний страховик, який намагається самостійно утримати всі визначені ним ризики, створює реальну небезпеку порушення своїх фінансових обов'язків перед застрахованими, що суперечить призначенню та економічній суті страхування.

В зв'язку з цим, перестраховання без залежності від розміру власних активів для медичного страховика є якщо не обов'язковою, то дуже бажаною умовою.

Робота щодо зменшення ризику страхового випадку об'єднується поняттям "мінімізація", що походить від латинського *minimus* - "найменше" та пояснюється, як відшкодування мінімуму функції при заданих граничних умовах.

Активна цілеспрямована робота з мінімізації ризику настання страхового випадку - це ціла система знань і практичних дій, яка останнім часом відокремлюється в самостійний напрямок, що отримав назву "Управління ризиком".

Прогнозування характеру розвитку ризику в медичному страхуванні починається ще на етапі актуарних розрахунків. За аналогією розрахунку та оцінки ймовірності настання страхового випадку можна розрахувати та оцінити ймовірність його виключення. Далі за логікою визначають фактори, що сприяють або протидіють його настанню з виділенням ключових чинників.

Цей розділ роботи крім економічних інтересів страховика має виражене *медико-соціальне значення*, адже: місце профілактики в охороні здоров'я загальновідоме. Але за допомогою медичного страхування, тим більше на етапах його становлення, неможливо фінансувати всі профілактичні заходи - від тотального оздоровлення комунально-побутового та виробничого середовища до медикаментозного попередження окремого захворювання. Проте відрахування від страхових платежів, в розумних межах, можуть використовуватися для проведення локальних (в рамках конкретного страхового поля) превентивних заходів і бути ефективними в економічному та медико-соціальному сенсі.

Однією з фінансових операцій, що передбачає використання коштів страхового фонду з комерційною метою є *інвестиційна діяльність*.

Саме поняття "*інвестиція*" німецького походження, означає довгострокове вкладання капіталу (коштів) у різні галузі економіки в межах країни і за кордоном для одержання найвищого прибутку.

З моменту надходження страхових внесків на рахунок страховика до їх виплати минає певний час, який визначається перш за все термінами дії договору та може бути тривалим.

Зарубіжний досвід засвідчує, що угоди медичного страхування переважно укладаються на кілька років і навіть позитивно. Загальноприйнятою в страховій справі є практика формування запасних резервів і резерву внесків, кошти яких тривалий час можуть не використовуватися на виплату. Все це створює об'єктивну основу обороту тимчасово вільних від виконання страхових обов'язків грошових коштів шляхом участі в формуванні позикових фондів, прямого інвестування та проведення фінансових операцій іншого роду. Інвестиційна діяльність є основним джерелом прибутку медичного страховика.

Застосування економічних важелів у взаємостосунках з виробниками медичних послуг породжує проблеми ще на етапі міркувань над актуарними розрахунками щодо розміру страхового фонду, страхової суми чи внеску.

На сьогодні превалює варіант вирішення стосунків між страховиком і виробником медичних послуг через поглиблення стандартизації медичного

обслуговування, тобто через розробку та застосування стандартів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, кінцевих результатів, організаційних технологій, матеріально-технічного забезпечення, кваліфікаційних вимог до персоналу. В такому підході є певний сенс, пов'язаний з можливістю розмежування на місцях державних гарантій та сфери добровільного страхування, полегшення та спрощення розрахунків вартості послуг, створення еталонів для контролю обсягу та якості, опрацювання системи їх оплати залежно від ступеня виконання стандартів.

Медико-економічні стандарти (діагностично пов'язані, клініко-статистичні групи), *контроль за якістю, оплата виконаної роботи за кінцевим результатом* - це економічні важелі стримування росту цін на послуги, а отже й розміру страхових сум і внесків.

Головним є те, що розробка та прийняття стандартів контролю та оплати медичних послуг виходять за межі фактичного державного фінансування, належить до компетенції місцевих органів охорони здоров'я, спеціалістів і управлінців медичних закладів усіх організаційно-правових форм.

Страховий ризик передбачає можливість настання страхового випадку, тобто передбаченої угодою події, що може призвести до збитку чи витрат, відшкодування яких потребує повної чи часткової виплати страхової суми.

Поняття страхового ризику виражає тільки потенціальну можливість такої виплати, а реальний страховий випадок є причиною та приводом для неї.

Страхові ризики поділяються на:

1. *Ризик надзвичайних за величиною (катастрофічних) страхових виплат* - один із компонентів ризику страховика потрапити в ситуацію банкрутства, в борговий нестаток (коли його реальні фінансові можливості не можуть покрити страхових зобов'язань), у стан неплатоспроможності та неможливості продовження статутної діяльності.

2. *Ризик ймовірних страхових випадків медичного страхування* - це можливість настання специфічних ймовірного характеру страхових випадків, таких як захворювання, травми, природжені вади чи набуті дефекти, преморбідні та патологічні стани, деякі природні фізіологічні процеси (вагітність, пологи, клімакс тощо), які:

- вимагають медичного втручання;
- призводять до тимчасової чи стійкої, часткової чи повної втрати працездатності, соціальної активності, а отже й до відповідної втрати чи недоотримання прибутку;
- викликають необхідність додаткових витрат на оздоровлення умов життя - зміну місця проживання, праці, режиму, характеру харчування, відпочинку, рухової активності тощо. Їх частково компенсують працедавці, система соціального страхування (при професійному захворюванні, травмі на виробництві, санаторно-курортному оздоровленні тощо) і переважно власні кошти пацієнта. При організації медичного страхування додаткові витрати також необхідно враховувати.

Оскільки загальноприйнятим *об'єктом медичного страхування* є майнові інтереси суспільства, групи, сім'ї чи індивіда, пов'язані зі здоров'ям і працездатністю, то відповідна наведеним випадкам структура страхової компенсації включає:

- 1) відшкодування витрат на діагностичну, лікувально-профілактичну та реабілітаційну допомогу, яка надається стаціонарно, в амбулаторно-поліклінічних умовах і мережами швидкої медичної допомоги, санітарної авіації;
- 2) відшкодування витрат на утримання пацієнтів у стаціонарах для надання діагностичної, лікувально-профілактичної та реабілітаційної допомоги;
- 3) відшкодування втрачених або недоотриманих застрахованим коштів внаслідок порушень стану здоров'я;
- 4) виплати застрахованому обумовлених угодою (умовами) страхування інших видів компенсаційних сум (допомоги) за фактом захворювання, травми, інших подій і станів, пов'язаних зі здоров'ям і працездатністю.

До страхових випадків можуть призвести обставини з вини застрахованого (симуляція, агравація, зумисне невиконання лікарських приписів тощо). Вони підлягають виявленню, обліку, аналізу та корекції.

При запровадженні системи медичного страхування гарантом і фактором соціального захисту громадян у галузі охорони здоров'я є *медичний поліс* (у подальшому - поліс МС) - носій трьох *основних функцій*:

- 1) представляє територіальну базову програму системи добровільного чи обов'язкового медичного страхування;
- 2) відтворює нормативну та економічну структуру системи та принципи взаєморозрахунків;
- 3) гарантує надання передбаченої медичної допомоги на різних рівнях за базовою та конкретною територіальними програмами.

Медичний поліс гарантує конституційне право громадянина на одержання допомоги на всій території країни, забезпечує пред'явлення позовів страхувальнику, страховій медичній організації, лікувально-профілактичному закладу, органам охорони здоров'я тощо.

7.3. Страхова медицина в економічно розвинених країнах світу

В *Сполучених Штатах Америки* медичне страхування отримало розвиток у 30-х роках, коли були створені дві приватні найбільші страхові організації "Blue Cross" ("Голубий Хрест") і "Blue Shield" ("Голубий Щит"), що забезпечували відповідну оплату госпіталізації чи лікарської амбулаторної допомоги, чи медичних послуг для застрахованих. Проте в 1965 році уряд США опрацював дві діючі на сьогодні *програми державного фінансування медичного забезпечення: для пенсіонерів ("Medicare") і безробітних ("Medicaid")*.

Медична програма "Medicaid" надає право на пільгову медичну допомогу з профілактики, лікування гострих захворювань, а також на довготривалі медичні послуги майже 50 млн. осіб з числа бідних прошарків населення США з прибутком нижче офіційної "межі бідності", а в деяких штатах медичну допомогу отримують лише бідні, чий прибуток складає 50 % від офіційного рівня бідності.

Матері та залежні від них діти в структурі даної програми США складають 68 % від загальної кількості включених до цієї програми, літні люди - 13 %, сліпі та інваліди - 15 %, інші категорії - 4 %.

Програма фінансується спільно державним бюджетом і бюджетами штатів країни. Державний бюджет доплачує штатам від 50 до 83 % їх витрат на цю програму, причому бідніші штати отримують більшу фінансову допомогу.

Кожен штат визначає критерії, що включаються до цієї програми, де основним є максимальний прибуток і наявне майно перерахованих вище осіб. 60 % бідних людей, які перебувають нижче межі федерального рівня бідності, не підпадають під цю програму.

Національна програма обов'язкового соціального страхування літніх і інвалідів "Medicare" передбачає медичне страхування як на випадок стаціонарного лікування, так і компенсацію за амбулаторне лікування та візити до лікаря.

Ця програма є найбільшою в країні. До неї залучено урядом майже 13 % населення (майже всі літні люди віком понад 65 років, а також окремі категорії інвалідів і люди з нирковою недостатністю). Програма фінансується як з податку на заробітну платню, так і з державних прибутків.

"Medicare" є програмою, за допомогою якої працюючі люди через податки фінансують медичне обслуговування літніх людей та інвалідів. Однак витрати на медичне обслуговування цих категорій населення значно перевищують ті суми, котрі сплачують працюючі люди, оскільки популяція в США постійно старіє та стає все менше й менше тих, що працюють.

Самостійна плата пацієнтами за отримані медичні послуги забезпечує майже 29 % витрат на охорону здоров'я.

55 млн. американців мають приватну страховку, що робить їх водночас недостатньо застрахованими й на випадок серйозного захворювання вони можуть збанкрутувати. Американські лікарі вважають, що це частково стримує людей від безпідставних візитів до лікаря.

Домашнє спостереження та лікування медичними працівниками після госпіталізації з приводу гострого захворювання покривається більшістю приватних страховок. Проте лікування вдома та тривале стаціонарне лікування хронічних захворювань, а також лікування хвороб, пов'язаних з віком, не покривається ні державними, ні приватними страховками. Лікування вдома пацієнт, як звичайно, оплачує з власної кишені. Останніми роками деякі найбагатші страхові компанії пропонують страховку, яка оплачує довготривале лікування хронічних

захворювань, проте таку страховку можуть дозволити собі лише заможні люди.

Приватне страхування здоров'я значно поширене в США й здійснюється переважно комерційними приватними страховими компаніями, основна мета яких - отримання високих прибутків.

Приватні страхові компанії вимушені конкурувати на комерційній основі, що призводить до серйозних негативних наслідків: компанії надають перевагу в страхуванні особам молодого віку; здоровим і тим, хто належить до середнього прошарку суспільства. При цьому використовуються приватними страховими компаніями різноманітні засоби, щоб не дозволити бідним, хворим і особам з хронічними захворюваннями потрапити до списків застрахованих.

Фінансування охорони здоров'я в США здійснюється за рахунок федеральних і регіональних податків, страхових внесків і особистих виплат громадян. 39 % всіх витрат на охорону здоров'я поглинає стаціонарне лікування, 19 % - амбулаторні послуги лікарів, 8 % - домашня опіка медичних сестер, 22 % - інші витрати, 12 % - наукові розробки. Витрати на охорону здоров'я щороку збільшуються приблизно на 10 % від суми видатків минулого року.

Майже 74 % населення США охоплено системою страхування здоров'я. Здоров'я осіб, що працюють, та, як правило, членів їх сімей у 61 % випадків страхується працедавцями, 13 % - мають як особисте страхування, так і страховку від працедавця, а майже 55 млн. громадян США застраховані підприємцями лише частково й при захворюваннях повинні сплачувати значні суми зі своєї кишені. Високі ціни на страхові поліси є головною причиною відмови малих підприємців від медичного страхування.

Це призвело до того, що майже 39 млн. мешканців США не мають медичного страхування, а значить і не забезпечені медичною опікою. Причому цей показник має тенденцію до збільшення в зв'язку з ростом вартості медичної допомоги.

Таким чином, на сьогодні в американській охороні здоров'я склалась парадоксальна ситуація. Витрати на заходи з охорони здоров'я населення неухильно зростають, однак адекватного витратам підвищення якості медичної допомоги й забезпечення нею всього населення не відбувається, тому в цілому ефективність охорони здоров'я недостатня. Наслідком цього є ріст недовіри в суспільстві до існуючої системи охорони здоров'я.

Цілком певну та далеко не останню роль у цьому процесі відіграють лікарі та інші спеціалісти, які надають медичні послуги. Як стверджують експерти, частина лікувальних і діагностичних процедур зовсім не потрібна пацієнту. Однак призначаються лікарями необґрунтовані в кожному конкретному випадку дорогі методи обстеження, лікування, ліки лише для збільшення вартості лікування. Лікарі керуються принципом "страхова компанія за все заплатить". Тільки в останні роки згідно з орієнтовними підрахунками виплати за необґрунтовано призначені процедури склали від 99 до 198 млрд. доларів,

тоді коли медична допомога німеччиним надається дуже часто на субстандартному рівні. Тому одним із найбільших недоліків цієї системи вважається висока постійно зростаюча вартість лікування, обмеження доступності його для бідних і соціально незахищених верств населення.

Медичне страхування в Німеччині має найтривалішу історію в світі: страхування на випадок хвороби існує в цій країні з 1883 р., від нещасних випадків - з 1884 р., пенсійне, включаючи інвалідність, - з 1889 р.

Сьогодні принципи взаємодопомоги, на яких зароджувалося медичне страхування значно змінилися відповідно з бажанням до рівноправного та максимально повного медичного забезпечення, незалежно від отриманого прибутку. Страхування здоров'я в Німеччині стало засобом досягнення соціального благополуччя на основі принципу перерозподілу.

В Німеччині існує *декілька видів медичного страхування*:

' *повне (обов'язкове)*, при якому надається весь необхідний комплекс медичних послуг;

- *додаткове*, для надання додаткової медичної допомоги дітям і застрахованим в обов'язковому медичному страхуванні;
- *страхування осіб вільних професій*, а також непрацевдатних;
- страхування на випадок *перебування в лікарні та догляду за хворим*;
- медичне страхування *при поїздках за кордон*.

Страховання на випадок хвороби є *некомерційним і безприбутковим*: усі одержувані кошти мають витратитися на поліпшення здоров'я хворих.

Страхові організації виплачують допомогу у зв'язку з хворобою та відшкодовують вартість усього комплексу амбулаторного та стаціонарного лікування (від затрат на лікування простих захворювань до затрат на операції з трансплантації органів).

У організації обов'язкового медичного страхування важлива роль належить лікарняним касам, оскільки вони є основними фінансово-страховими організаціями, які формують страхові фонди та оплачують медичні послуги, а також мають право незалежного контролю якості медичних послуг. Діяльність лікарняних кас контролюється їх асоціаціями на рівні земель і федеральному рівні.

Інтереси лікарів захищають громадські організації "Асоціації лікарів лікарняних кас", що здійснюють контроль за якістю медичних послуг і проводять розрахунки за надані медичні послуги застрахованим поміж лікарняними касами та лікарями чи медичними закладами.

Територіальні лікарняні каси, що забезпечують обов'язкове медичне страхування працюючих, організовано на регіональному рівні, оскільки вони діють на рівні місцевого самоврядування округів і міст. Те ж саме стосується й ремісничих лікарняних кас.

Додаткові лікарняні каси для робітників організовано за галузевим, або за регіональним принципом, оскільки характерним є те, що страхові фонди функціонують як автономні, хоча держава робить у них внески.

Місцеві страхові каси називаються "касами здоров'я", що підкреслює основний напрямок їх діяльності.

Система медичного забезпечення на випадок хвороби за рахунок медичного страхування передбачає як мінімум наступні медичні послуги:

- лікування в лікарів, які займаються загальною практикою, лікарів-спеціалістів і стоматологів (з можливістю вільного вибору лікаря);
- лікування в стаціонарі та реабілітацію; пологову допомогу; забезпечення медикаментами, засобами по догляду та пристосуваннями;
- надання лікарської та сестринської допомоги в домашніх умовах.

Обов'язковим медичним страхуванням у Німеччині охоплено 90 % населення, з них 2/5 складають члени сімей застрахованих. 10 % громадян, котрі належать до вищих прошарків суспільства, охоплено тільки приватним страхуванням, а 3 % з числа залучених до системи обов'язкового медичного страхування здоров'я також користуються і приватним страхуванням, що дозволяє вибрати лікаря, кращі умови госпіталізації чи отримати додаткову грошову компенсацію при захворюваннях.

Страхова медицина в Франції бере початок від першого товариства взаємодопомоги серед працюючого населення в кінці XIX сторіччя. Це товариство допомагало своїм членам у випадку хвороби, втрати роботи чи виходу на пенсію та найчастіше через нього відшкодовувалися витрати пацієнта після візиту незалежного лікаря.

В зв'язку з реформою народного господарства 1948 року у Франції були утворені численні *страхові лікарняні каси працюючого населення за професійним принципом* зі своєю власною ієрархією організації. При цьому первинна каса підпорядковується регіональному медичному закладу.

У Франції, окрім того, збережені численні товариства взаємодопомоги, які здійснюють *додаткові до обов'язкового види страхування*, діяльність яких координується Національною федерацією товариств. І хоча побутує думка, що французька медицина доступна тільки багатим, однак системою медичного страхування охоплено 80 % населення країни. На сьогодні французи мають повну самостійність вибору своєї страхової компанії, багато з них віддають перевагу як касам, так і товариствам взаємодопомоги.

Працюючі та підприємці в обов'язковому порядку сплачують регулярно щомісячні *страхові внески* до каси соціального страхування, які складають 36 % від фонду оплати праці та 6,5 % утримується із заробітної плати працюючих. Такий вид соціального захисту населення є обов'язковим для всіх категорій робітників і службовців, адже у випадку хвороби, тимчасової чи тривалої непрацездатності службовцю відшкодовують витрати на медикаменти в межах 70-90 % від суми, передбаченої конвенцією страхування.

Обов'язковому медичному страхуванню підлягають також студенти та школярі, тоді як особи вільних професій самі купляють медичну страховку добровільного страхування.

При екстрених випадках (дорожньо-транспортні пригоди, отруєння, опіки), як правило, населення викликає пожежників. До бригади пожежників обов'язково входить лікар, який має все необхідне для надання першої допомоги. Якщо він сам не може забезпечити повний обсяг невідкладної медичної допомоги, то має вирішити чи направляти пацієнта до лікарні, чи викликати карету служби швидкої медичної допомоги зі спеціальним устаткуванням, у тому числі й реанімаційним. Виклики пожежників і швидкої допомоги безкоштовні, але за візит лікаря залежно від його кваліфікації та часу виклику треба платити від 150 до 350 франків. Багато приватних клінік не приймуть хворого, не переконавшись у його платоспроможності, інші вимагають гарантійного листа.

Як і у цілому світі, *лікарі Франції*, особливо приватнопрактикуючі, належать у цій країні до високооплачуваного прошарку суспільства. Більшість лікарів, що практикують приватно, укладають угоди з департаментськими касами соціального страхування, які встановлюють тверді ставки гонорарів.

Механізм консультації, діагностики чи лікування передбачає попередній запис на прийом (крім екстрених випадків). Чекати пацієнту в черзі практично не доводиться. Якщо терапевт бачить, що захворювання виходить за межі його компетенції та кваліфікації, то він направляє хворого до лікаря-спеціаліста чи рекомендує обстеження в клініці. Пацієнт платить лікарю за візит і за всі види медичних послуг: аналізи, консультації, ліки, перебування в лікарні. Потім лікар заповнює спеціальний лист, за яким пацієнт отримує в касі соціального страхування повну чи часткову компенсацію. Так, наприклад, консультація лікаря коштує 90 франків. За угодою відвідувач виплачує цю суму, а КСС відшкодовує йому тільки 75 % обов'язкового страхування, тобто 25 % складає "тіке модератер". Це робить медичну допомогу в умовах ринкової економіки більш доступною для населення. Для отримання 100% відшкодування необхідно страхувати медичні витрати в приватних добровільних страхових компаніях.

Ті, *хто не має соціального медичного страхування* (в більшості це люди без засобів на існування), звертаються до приймальної швидкої медичної допомоги, де ніколи нікому не відмовляють, або до відділення однієї із гуманітарних організацій (наприклад, "Лікарі без кордонів"), куди, як правило, у великих містах звертаються клошари - французькі бомжі, нелегальні емігранти без документів. Щорічно, а іноді навіть двічі на рік (у січні та липні) уряд Франції змінює величину страхового внеску в бік його збільшення за соціальним страхуванням.

За медичним страхуванням Франція займає *третє місце в Європі* після Німеччини та Голландії.

"Мондьяль ассістанс" співпрацює з сорока страховими компаніями, має філіали за кордоном (Бельгія, Італія, Велика Британія, Іспанія, Німеччина, Португалія, Югославія, Греція, США, Алжир, Марокко). В "Мондьяль ассістанс" встановлено цілодобове чергування для швидкого та ефективного реагування на виклики з надання допомоги (медичної, технічної, адміністративної,

юридичної). Чітко налагоджена система телефонного зв'язку, відділи повністю комп'ютеризовані. Компанія має мережу кореспондентів за кордоном, яка нараховує їх майже 300.

"Страхова група АЖФ" діє з 31 серпня 1973 р. і є холдинговою групою, яка об'єднує ряд страхових акціонерних товариств як у Франції, так і за кордоном.

Система охорони здоров'я Японії являє собою великий інтерес у зв'язку з тим, що в цій країні вдалося за порівняно короткий термін, тобто з 1948 року - досягти найвищих показників здоров'я населення, хоча безумовно, фактори, які зумовили високий рівень здоров'я, пов'язані насамперед з станом економіки даної держави, умовами та способом життя й ставленням до свого здоров'я самих людей.

В Японії медичне страхування як система почало формуватися в 1927 році, коли був прийнятий на рівні держави перший закон про страхування здоров'я. Окрім того, Японія є першою країною в Азії, де в 1961 році було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі.

До недавнього часу в країні функціонувало *9 основних видів державного та громадського медичного страхування*, а також ряд його підсистем для осіб певних професій, де основними були :

1. *Державна чи урядова система* медичного страхування, що охоплювала в основному службовців дрібних і середніх підприємств і при якій оплачувалося 100 % вартості медичних послуг для службовців і 70 % для членів їх сімей.

2. *Національна система* медичного страхування, що знаходилася в розпорядженні місцевої влади та охоплювала майже 50 % населення країни, незалежно від роду занять і соціальної приналежності. При такій системі виплата за медичні послуги складала 70 % їх вартості як для застрахованих, так і для членів їх сімей.

3. *Асоційована система* медичного страхування поширювалася в основному на працівників великих підприємств. У великих фірмах створювали власні страхові товариства, які об'єднували 1000-3000 працюючих. У більшості товариств страхові внески підприємців складали близько 50 % від загальної суми внесків і були значно нижчі, ніж у системі державного страхування. При цьому застрахований мав право звертатися до будь-якої лікарні чи клініки, пред'явивши членський квиток, так як практично всі заклади охорони здоров'я брали участь у реалізації програм медичного страхування.

Проте в 1984 році пройшло злиття ряду страхових програм з метою вдосконалення системи страхової медицини. На сьогодні переважна більшість

державної (громадської), яка представлена програмою національної системи страхування здоров'я, що базується на територіальному принципі, та системою страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я в Японії охоплює працюючих на промислових підприємствах і торгівлі з числом зайнятих 5 і більше

юридичної). Чітко налагоджена система телефонного зв'язку, відділи повністю комп'ютеризовані. Компанія має мережу кореспондентів за кордоном, яка нараховує їх майже 300.

"Страхова група АЖФ" діє з 31 серпня 1973 р. і є холдинговою групою, яка об'єднує ряд страхових акціонерних товариств як у Франції, так і за кордоном.

Система охорони здоров'я Японії являє собою великий інтерес у зв'язку з тим, що в цій країні вдалося за порівняно короткий термін, тобто з 1948 року - досягти найвищих показників здоров'я населення, хоча безумовно, фактори, які зумовили високий рівень здоров'я, пов'язані насамперед з станом економіки даної держави, умовами та способом життя й ставленням до свого здоров'я самих людей.

В Японії медичне страхування як система почало формуватися в 1927 році, коли був прийнятий на рівні держави перший закон про страхування здоров'я. Окрім того, Японія є першою країною в Азії, де в 1961 році було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі.

До недавнього часу в країні функціонувало *9 основних видів державного та громадського медичного страхування*, а також ряд його підсистем для осіб певних професій, де основними були :

1. *Державна чи урядова система* медичного страхування, що охоплювала в основному службовців дрібних і середніх підприємств і при якій оплачувалося 100 % вартості медичних послуг для службовців і 70 % для членів їх сімей.

2. *Національна система* медичного страхування, що знаходилася в розпорядженні місцевої влади та охоплювала майже 50 % населення країни, незалежно від роду занять і соціальної приналежності. При такій системі виплата за медичні послуги складала 70 % їх вартості як для застрахованих, так і для членів їх сімей.

3. *Асоційована система* медичного страхування поширювалася в основному на працівників великих підприємств. У великих фірмах створювали власні страхові товариства, які об'єднували 1000-3000 працюючих. У більшості товариств страхові внески підприємців складали близько 50 % від загальної суми внесків і були значно нижчі, ніж у системі державного страхування. При цьому застрахований мав право звертатися до будь-якої лікарні чи клініки, пред'явивши членський квиток, так як практично всі заклади охорони здоров'я брали участь у реалізації програм медичного страхування.

Проте в 1984 році пройшло злиття ряду страхових програм з метою вдосконалення системи страхової медицини. На сьогодні переважна більшість населення Японії підпадає під дію двох основних систем страхування здоров'я: державної (громадської), яка представлена програмою національної системи страхування здоров'я, що базується на територіальному принципі, та системою страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я в Японії охоплює працюючих на промислових підприємствах і торгівлі з числом зайнятих 5 і більше

юридичної). Чітко налагоджена система телефонного зв'язку, відділи повністю комп'ютеризовані. Компанія має мережу кореспондентів за кордоном, яка нараховує їх майже 300.

"Страхова група АЖФ" діє з 31 серпня 1973 р. і є холдинговою групою, яка об'єднує ряд страхових акціонерних товариств як у Франції, так і за кордоном.

Система охорони здоров'я Японії являє собою великий інтерес у зв'язку з тим, що в цій країні вдалося за порівняно короткий термін, тобто з 1948 року - досягти найвищих показників здоров'я населення, хоча безумовно, фактори, які зумовили високий рівень здоров'я, пов'язані насамперед з станом економіки даної держави, умовами та способом життя й ставленням до свого здоров'я самих людей.

В Японії медичне страхування як система почало формуватися в 1927 році, коли був прийнятий на рівні держави перший закон про страхування здоров'я. Окрім того, Японія є першою країною в Азії, де в 1961 році було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі.

До недавнього часу в країні функціонувало *9 основних видів державного та громадського медичного страхування*, а також ряд його підсистем для осіб певних професій, де основними були :

1. *Державна чи урядова система* медичного страхування, що охоплювала в основному службовців дрібних і середніх підприємств і при якій оплачувалося 100 % вартості медичних послуг для службовців і 70 % для членів їх сімей.

2. *Національна система* медичного страхування, що знаходилася в розпорядженні місцевої влади та охоплювала майже 50 % населення країни, незалежно від роду занять і соціальної приналежності. При такій системі виплата за медичні послуги складала 70 % їх вартості як для застрахованих, так і для членів їх сімей.

3. *Асоційована система* медичного страхування поширювалася в основному на працівників великих підприємств. У великих фірмах створювали власні страхові товариства, які об'єднували 1000-3000 працюючих. У більшості товариств страхові внески підприємців складала близько 50 % від загальної суми внесків і були значно нижчі, ніж у системі державного страхуванні. При цьому застрахований мав право звертатися до будь-якої лікарні чи клініки, пред'явивши членський квиток, так як практично всі заклади охорони здоров'я брали участь у реалізації програм медичного страхування.

Проте в 1984 році пройшло злиття ряду страхових програм з метою вдосконалення системи страхової медицини. На сьогодні переважна більшість населення Японії підпадає під дію двох основних систем страхування здоров'я: державної (громадської), яка представлена програмою національної системи страхування здоров'я, що базується на територіальному принципі, та системою страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я в Японії охоплює працюючих на промислових підприємствах і торгівлі з числом зайнятих 5 і більше

юридичної). Чітко налагоджена система телефонного зв'язку, відділи повністю комп'ютеризовані. Компанія має мережу кореспондентів за кордоном, яка нараховує їх майже 300.

"Страхова група АЖФ" діє з 31 серпня 1973 р. і є холдинговою групою, яка об'єднує ряд страхових акціонерних товариств як у Франції, так і за кордоном.

Система охорони здоров'я Японії являє собою великий інтерес у зв'язку з тим, що в цій країні вдалося за порівняно короткий термін, тобто з 1948 року - досягти найвищих показників здоров'я населення, хоча безумовно, фактори, які зумовили високий рівень здоров'я, пов'язані насамперед з станом економіки даної держави, умовами та способом життя й ставленням до свого здоров'я самих людей.

В Японії медичне страхування як система почало формуватися в 1927 році, коли був прийнятий на рівні держави перший закон про страхування здоров'я. Окрім того, Японія є першою країною в Азії, де в 1961 році було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі.

До недавнього часу в країні функціонувало *9 основних видів державного та громадського медичного страхування*, а також ряд його підсистем для осіб певних професій, де основними були :

1. *Державна чи урядова система* медичного страхування, що охоплювала в основному службовців дрібних і середніх підприємств і при якій оплачувалося 100 % вартості медичних послуг для службовців і 70 % для членів їх сімей.

2. *Національна система* медичного страхування, що знаходилася в розпорядженні місцевої влади та охоплювала майже 50 % населення країни, незалежно від роду занять і соціальної приналежності. При такій системі виплата за медичні послуги складала 70 % їх вартості як для застрахованих, так і для членів їх сімей.

3. *Асоційована система* медичного страхування поширювалася в основному на працівників великих підприємств. У великих фірмах створювали власні страхові товариства, які об'єднували 1000-3000 працюючих. У більшості товариств страхові внески підприємців складала близько 50 % від загальної суми внесків і були значно нижчі, ніж у системі державного страхуванні. При цьому застрахований мав право звертатися до будь-якої лікарні чи клініки, пред'явивши членський квиток, так як практично всі заклади охорони здоров'я брали участь у реалізації програм медичного страхування.

Проте в 1984 році пройшло злиття ряду страхових програм з метою вдосконалення системи страхової медицини. На сьогодні переважна більшість населення Японії підпадає під дію двох основних систем страхування здоров'я: державної (громадської), яка представлена програмою національної системи страхування здоров'я, що базується на територіальному принципі, та системою страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я в Японії охоплює працюючих на промислових підприємствах і торгівлі з числом зайнятих 5 і більше

юридичної). Чітко налагоджена система телефонного зв'язку, відділи повністю комп'ютеризовані. Компанія має мережу кореспондентів за кордоном, яка нараховує їх майже 300.

"Страхова група АЖФ" діє з 31 серпня 1973 р. і є холдинговою групою, яка об'єднує ряд страхових акціонерних товариств як у Франції, так і за кордоном.

Система охорони здоров'я Японії являє собою великий інтерес у зв'язку з тим, що в цій країні вдалося за порівняно короткий термін, тобто з 1948 року - досягти найвищих показників здоров'я населення, хоча безумовно, фактори, які зумовили високий рівень здоров'я, пов'язані насамперед з станом економіки даної держави, умовами та способом життя й ставленням до свого здоров'я самих людей.

В Японії медичне страхування як система почало формуватися в 1927 році, коли був прийнятий на рівні держави перший закон про страхування здоров'я. Окрім того, Японія є першою країною в Азії, де в 1961 році було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі.

До недавнього часу в країні функціонувало *9 основних видів державного та громадського медичного страхування*, а також ряд його підсистем для осіб певних професій, де основними були :

1. *Державна чи урядова система* медичного страхування, що охоплювала в основному службовців дрібних і середніх підприємств і при якій оплачувалося 100 % вартості медичних послуг для службовців і 70 % для членів їх сімей.

2. *Національна система* медичного страхування, що знаходилася в розпорядженні місцевої влади та охоплювала майже 50 % населення країни, незалежно від роду занять і соціальної приналежності. При такій системі виплата за медичні послуги складала 70 % їх вартості як для застрахованих, так і для членів їх сімей.

3. *Асоційована система* медичного страхування поширювалася в основному на працівників великих підприємств. У великих фірмах створювали власні страхові товариства, які об'єднували 1000-3000 працюючих. У більшості товариств страхові внески підприємців складали близько 50 % від загальної суми внесків і були значно нижчі, ніж у системі державного страхування. При цьому застрахований мав право звертатися до будь-якої лікарні чи клініки, пред'явивши членський квиток, так як практично всі заклади охорони здоров'я брали участь у реалізації програм медичного страхування.

Проте в 1984 році пройшло злиття ряду страхових програм з метою вдосконалення системи страхової медицини. На сьогодні переважна більшість населення Японії підпадає під дію двох основних систем страхування здоров'я: державної (громадської), яка представлена програмою національної системи страхування здоров'я, що базується на територіальному принципі, та системою страхування осіб найманої праці, яка побудована за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я в Японії охоплює працюючих на промислових підприємствах і торгівлі з числом зайнятих 5 і більше

осіб, а також членів їх сімей, інвалідів та інших осіб, що не працюють і об'єднує майже 45 млн. осіб. На підприємствах з числом працюючих 300 і більше людей або групі споріднених підприємств утворюються страхові товариства, які фінансуються порівну (від 3 до 8 % від прибутку, найчастіше 7 %) наймачем і застрахованим.

Як правило, працюючому застрахованому сплачують 100 % вартості амбулаторного лікування та майже повністю - лікарняного.

Перше звертання до лікаря - платне (200 ієн). У національній системі страхування здоров'я пільги при оплаті медичної допомоги для застрахованих максимально складають 90 % вартості лікування (10 % платять самі пацієнти). Пільги для утриманців не перевищують 70 % вартості амбулаторного та 80 % лікарняного лікування, але вони дають можливість виплатити пайові внески застрахованим тільки в межах 30 % (але не більше визначеної суми). При надто високій вартості лікування пацієнту відшкодовується її частина, що не перебільшує встановлений максимум. Передбачена допомога й при народженні дитини, по догляду за хворим і в зв'язку з похоронами.

Допомога при тимчасовій непрацездатності застрахованому складає 60-90 % зарплати, де 16,4 % витрат на допомогу з тимчасової непрацездатності відшкодовує тільки держава, а виплата її проводиться після 2-денного "періоду очікування" до одужання. На випадок травми чи професійного захворювання допомога виплачується з 4-го дня хвороби протягом 6 місяців. При стійкій втраті працездатності розмір допомоги звичайно відповідає середньому заробітку застрахованого.

За рахунок пацієнта повністю оплачуються медикаменти та послуги приватної медичної сестри, перебування в окремій палаті. Оплата медичної допомоги проводиться за рахунками медичних закладів щомісячно.

Поряд з цим в Японії функціонує *система добровільного медичного страхування* при якому застраховані користуються підвищеним комфортом при госпіталізації, більш високовартісними ліками та медичними технологіями, а виручені кошти використовуються на будівництво чи наймання центрів здоров'я, утримання та управління лікарнями, клініками, санаторіями.

Система страхування осіб найманої праці, що охоплює найманих робітників і їх утриманців, є найбільшою в Японії (на 1990 рік нею було охоплено більше 60 млн. осіб). У цій системі функціонують різні страхові медичні програми.

Страховий фонд програми громадського страхування формується із внесків застрахованих, які складають 3,45 % заробітку, та внесків працеводців, що складають 4,62 % заробітку застрахованих.

Відповідно до закону Японії про добробут людей похилого віку особи старші 60 років мають право на щорічний безкоштовний медичний огляд, а також безкоштовними є консультативна допомога людям похилого віку, сестринська допомога особам похилого віку в домашніх умовах, медична допомога особам старшим 70 років.

Окрім систем медичного страхування, в Японії існують *громадські фонди*, за рахунок яких, відповідно до законів, здійснюється профілактика туберкульозу, психічних, інфекційних, венеричних захворювань, прокази, спадкових захворювань, компенсації збитку, який причинений здоров'ю забрудненням довкілля. Все перераховане об'єднується поняттям "громадська гігієна".

Із громадських фондів фінансуються заходи, які об'єднані поняттям "соціальне забезпечення та соціальне благополуччя". Ці заходи здійснюються відповідно до наступних законів: про охорону життєвих прав (медична допомога); про соціальне забезпечення калік і інвалідів (реабілітаційна допомога); про соціальне забезпечення дітей; про заходи надзвичайної допомоги пораненим на війні; про медичне забезпечення жертв атомного бомбардування. Окрім того, існує **система страхування матері та дитини** за рахунок громадських фондів.

7.4. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні

Початок страхування в Україні належить до далекого минулого в її історії, оскільки страхування характеризувалося тим, що в основному переважали угоди страхової взаємодопомоги. Їх зміст полягав у тому, що всі особи, які уклали так звані "угоди", погоджувалися покривати збитки якогось конкретного учасника їх товариства, тобто, діяв принцип взаємного розподілу збитків. Прикладом укладання такої угоди в Україні було страхування між чумаками, згідно з якою спільно відшкодовувалися збитки потерпілому в дорозі в разі падіння вола, поломки колеса чи самої арби тощо.

Виникнення та подальший розвиток медичного страхування та страхової медицини в Україні як системи проглядається через призму державного тодішнього устрою країни та відноситься до середини XIX сторіччя, коли в царській Росії 26 серпня 1866 року в зв'язку з настанням епідемії холери було прийняте тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувалися організовувати для своїх робітників лікарні (із розрахунку 1 ліжко на 100 людей). Це й поклало початок формуванню так званої фабрично-заводської медицини, в т.ч. і в Україні.

Першим промисловим підприємством, де в 1870 році, тобто через 4 роки після введення названого вище положення та за 42 роки до прийняття закону про страхування, була створена вперше в Україні лікарняна каса, став адміралтейський завод "Руссуд" у місті Миколаєві. Саме тут, на асигнування першого лікарняного збору коштів, підприємці уклали першу в Україні угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем.

Відомо, що в кінці XIX і на початку XX сторіччя запровадження медичного страхування як частини системи соціального страхування, стало невід'ємною вимогою політичного робітничого руху в Україні.

Прийнятий в 1912 році Державною Думою закон "Про соціальне страхування на випадок хвороби" став результатом колективної боротьби робітників і прогресивної громадськості, в тому числі й лікарів і надав поняттю "лікарняні каси" нормативну базу через затверджений статут про їх діяльність. Це дозволило лікарняним касам стати організаційними осередками надання медичної допомоги працюючому населенню за страховим принципом, що поклало початок формуванню системи страхової медицини дореволюційного періоду в Україні.

Згідно з тодішнім Положенням про страхування, джерелами фінансування системи медичного страхування, що здійснювалося через лікарняні каси, були внески промисловців і самих робітників-членів лікарняних кас, на частку яких припадало 60 % усіх витрат (у 1,5 раза більше дотації працедавців), а також поступлення від страхових товариств.

В Україні функціонували переважно лікарняні каси при промислових підприємствах. Саме вони здійснювали оплату отриманої медичної допомоги за встановленими випадками, організовували надання безкоштовної медичної допомоги робітникам і членам їх сімей.

У 1913 році урядом були внесені доповнення до статуту лікарняних кас, що давало їм право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини лікарняних кас з лікарями також будувалися в наступних формах: залучення лікарів-спеціалістів різних професій на договірних засадах або зарахування лікаря на постійну роботу.

Лікарняні каси створювалися як у великих промислових центрах України, так і в окремих повітах, а також у губерніях і відкривалися навіть у селах. Загалом, у дореволюційний період, в Україні була створена власна дієва система страхової медицини. Після жовтневого перевороту 1917 року за короткий період часу вона відчула на собі його наслідки, випробувавши як підйоми, так і падіння.

Про визнання ролі лікарняних кас у організації медичної допомоги засвідчує декрет Ради Народних комісарів від 14 (27) листопада 1917 року "Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів, підприємств". Зміна структури та підпорядкованості лікарняних кас перетворила їх на нові демократичні медичні заклади. Джерелами фінансування, щодо формування коштів лікарняних кас, відповідно з Положенням про забезпечення робітників на випадок хвороби, стали внески учасників медичного страхування в розмірі від 1 до 2 %, а при чисельності учасників страхування менше 500 осіб - 3 % від заробітної плати та доплати власниками підприємств у розмірі 2/3 від суми внесків учасників страхування.

Декрет Раднаркому України "Положення про страхування на випадок хвороби" від 2 травня 1919 року запровадив страхування у вигляді грошової допомоги на всіх осіб, котрі були зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські та окружні лікарняні каси за рахунок внесків працедавців (10 % від фонду заробітної плати) та інших надходжень.

Лікарняні каси надавали безкоштовну лікарську допомогу робітникам, у тому числі ліками та перев'язочними засобами.

Керівники охорони здоров'я країни того часу, так і не зрозумівши змісту *діючої системи медичного* страхування, прийшли до висновку про недопустимість паралельного існування двох медицин - "страхової" та "державної". Прийняте за їх пропозицією "Положення про соціальне забезпечення працюючих" від 31 жовтня 1918 року, а потім постанова Раднаркому " Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному комісаріату охорони здоров'я" (1919 р.) стали основою для "одержавлення" страхових організацій та ліквідації лікарняних кас. На початок 1921 року в Україні були повністю ліквідовані лікарняні каси, незважаючи на не прийняття такого рішення в першу чергу працівниками лікарняних кас. Ці протести не мали успіху через використання державою тези про необхідність боротьби з меншовиками та за єдність радянської охорони здоров'я.

Другий етап розвитку страхової медицини в Україні пов'язаний з переходом країни в березні 1921 року до так званої " нової економічної політики" (НЕП), що для охорони здоров'я стало відходом від бюджетної системи фінансування та спричинило передачу медичних закладів на фінансування до місцевих бюджетів з подальшим різким скороченням фінансування та запровадженням часткової оплати за отриману медичну допомогу. Перед закладами охорони здоров'я постала проблема пошуку нових джерел фінансування. Ринкові відносини, що тільки зароджувалися на той час в Україні, вимагали від системи охорони здоров'я пристосування до їх законів і реанімування страхової медицини.

Основну роль у цьому відіграв декрет Раднаркому України від 10 грудня 1921 року "Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей, на випадок хвороби годувальника", відповідно до якого страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, а також працівники, які були зайняті в сільському господарстві та знаходилися у підпорядкуванні промислових підприємств.

Внески працевластців до бюджету соціального страхування складала 28 %. Окрім цього, до бюджету на охорону здоров'я підприємства та заклади відраховували 5,5-7 % від фонду заробітної плати залежно від встановлених в 1919 році Наркомпраці восьми розділів (класів) шкідливості.

Весь бюджет охорони здоров'я за період існування робітничої медицини в Україні складався із чотирьох головних джерел фінансування: державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги та інших джерел. В роки НЕП питома вага асигнувань на охорону здоров'я за рахунок страхового фонду складала майже половину (44-49,5 %) усіх коштів, місцевих бюджетів - більше третини (31,6-35,3), а державні асигнування - всього 8,0-9,6 %.

Кількість робітничих поліклінік в Україні зросла з 54 (в момент їх створення) до 101 в 1923 році. В 1924-1925 роках у їх системі знаходилося 207 амбулаторій, 18 тубдиспансерів, 10 санаторіїв. В 1923 році в Харкові був відкритий перший інститут робітничої медицини, при якому вже в 1924 році почали функціонувати курси фабрично-заводських лікарів.

Таким чином, в Україні знову була створена власна модель страхової медицини - система робітничої медицини, що розвивалася паралельно з мережею медичних закладів різних рівнів Наркомату охорони здоров'я і що найголовніше - це не суперечило основним принципам існуючої державної системи охорони здоров'я.

Систему робітничої медицини України, яка активно використовувала принципи страхової медицини і елементи ринкових відносин, спіткала, як і саму систему страхової медицини, чергова невдача. В 1927 році, згідно з постановою уряду про утвердження принципу державної охорони здоров'я, вона була скасована, а її заклади передані Наркомату охорони здоров'я. З цього часу в Україні розпочалося функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння виробництвом медичних послуг і фінансування за залишковим принципом.

Медичне забезпечення населення за страховими принципами на землях Західної України здійснювалося відповідно до діючих законів країн, що панували в той час на цих територіях.

Угорщина, яка володіла на той час землями нинішнього Закарпаття, в 1867 році добилася в складі Австро-Угорської монархії політичного дуалізму, що дало можливість запровадженню внутрішнього самоуправління в країні і це сприяло модернізації різноманітних сфер громадського життя, в тому числі й системи охорони здоров'я.

Не дивлячись на цілу низку законодавчих актів з покращання медичного забезпечення населення, медична допомога й надалі залишалася платною. Відшкодування її вартості за отримані медичні послуги неспроможних осіб і осіб, котрі були офіційно визнані бідними, проводилося із громадських фондів.

Питання промислової медицини з 1840 року зводилося тільки до формального права робітників претендувати на лікарську допомогу за рахунок працедавців, що спонукало в 1870 році робітників до створення страхових лікарняних кас. У 1885 році страхові каси вже об'єднували 40,6 % робітників промислових підприємств Угорщини. Страхові внески були встановлені в розмірі до 1,5 % заробітної платні.

Історичні дані засвідчують, що медичне страхування робітників промислових підприємств Угорщини виявилось більш успішним, ніж подібне забезпечення найманих селян і наймитів, які отримали можливість на безкоштовну медичну допомогу та незначні відшкодування витрат тільки в 1900 році та й то лише з приводу сільськогосподарського травматизму.

Висока смертність і захворюваність населення в буржуазній Польщі, яка включала на той час в свою територію більшу частину теперішньої Західної Європи, в тому числі й землі Західної України, на початку 20-х років вимагала термінових заходів. Окрім того, час вимагав створення служби, яка охопила б медичною допомогою все працююче населення, забезпечила йому лікарську допомогу на випадок хвороби та гарантувала виплату допомоги при непрацездатності.

Ці та інші зазначені причини спонукали уряд буржуазної Польщі в 1919 році видати Декрет про страхування на випадок хвороби, який був затверджений у вигляді закону в 1920 році.

І вже на кінець 1928 року кількість застрахованих у лікарняних касах Польщі склала майже 8 % населення країни, коли, в той же час, у Англії, Німеччині, Австрії кількість застрахованих доходила за ці роки до 33 %. У кожному повіті тодішньої країни функціонували лікарняні каси, які мали свої амбулаторні заклади - "лікувальні центри", що відкривалися в повітових містах і невеликих містечках. Для роботи в них запрошувалися вільнопрактикуючі лікарі, лікарі центрів та інші, котрі надавали медичну допомогу в домашніх умовах, вели амбулаторний прийом, окрім того займалися приватною практикою.

Основу фінансування лікарняних кас складали відрахування підприємств і застрахованих.

Майже 5 млн. населення, які раніше лікувалися у знахарів, повивальних бабок і фельдшерів, отримало можливість користуватися лікарською допомогою.

Аналіз історичних даних засвідчує, що страхова медицина як система, а також її окремі складові в кінці XIX - на початку XX сторіччя неодноразово "відвідували" Україну, тобто, на її теперішніх територіях певний час вже існували різноманітні форми надання медичної допомоги на страхових засадах. Запровадження до практичної діяльності охорони здоров'я незалежної України системи медичного страхування з використанням власного досвіду дозволить створити багатоукладність у медичному забезпеченні населення, що є на сьогодні надто актуальним.

Контрольні питання

1. Дайте визначення понять: "медичне страхування" та "страхова медицина".
2. В чому полягає мета страхової медицини та медичного страхування?
3. Охарактеризуйте головні риси страхової медицини.
4. Назвіть основні завдання медичного страхування?
5. Перерахуйте основні особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування?
6. Хто може виступати страховиком?
7. Перерахуйте основні обов'язки страховика.
8. Дайте визначення поняття "страхувальник".
9. Охарактеризуйте обов'язки, які покладаються на страхувальника.
10. Які права має застрахований у медичному страхуванні ?

Висока смертність і захворюваність населення в буржуазній Польщі, яка включала на той час в свою територію більшу частину теперішньої Західної Європи, в тому числі й землі Західної України, на початку 20-х років вимагала термінових заходів. Окрім того, час вимагав створення служби, яка охопила б медичною допомогою все працююче населення, забезпечила йому лікарську допомогу на випадок хвороби та гарантувала виплату допомоги при непрацездатності.

Ці та інші зазначені причини спонукали уряд буржуазної Польщі в 1919 році видати Декрет про страхування на випадок хвороби, який був затверджений у вигляді закону в 1920 році.

І вже на кінець 1928 року кількість застрахованих у лікарняних касах Польщі склала майже 8 % населення країни, коли, в той же час, у Англії, Німеччині, Австрії кількість застрахованих доходила за ці роки до 33 %. У кожному повіті тодішньої країни функціонували лікарняні каси, які мали свої амбулаторні заклади — "лікувальні центри", що відкривалися в повітових містах і невеликих містечках. Для роботи в них запрошувалися вільнопрактикуючі лікарі, лікарі центрів та інші, котрі надавали медичну допомогу в домашніх умовах, вели амбулаторний прийом, окрім того займалися приватною практикою.

Основу фінансування лікарняних кас складали відрахування підприємств і застрахованих.

Майже 5 млн. населення, які раніше лікувалися у знахарів, повивальних бабок і фельдшерів, отримало можливість користуватися лікарською допомогою.

Аналіз історичних даних засвідчує, що страхова медицина як система, а також її окремі складові в кінці XIX - на початку XX сторіччя неодноразово "відвідували" Україну, тобто, на її теперішніх територіях певний час вже існували різноманітні форми надання медичної допомоги на страхових засадах. Запровадження до практичної діяльності охорони здоров'я незалежної України системи медичного страхування з використанням власного досвіду дозволить створити багатоукладність у медичному забезпеченні населення, що є на сьогодні надто актуальним.

Контрольні питання

1. Дайте визначення понять: "медичне страхування" та "страхова медицина".
2. В чому полягає мета страхової медицини та медичного страхування?
3. Охарактеризуйте головні риси страхової медицини.
4. Назвіть основні завдання медичного страхування?
5. Перерахуйте основні особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування?
6. Хто може виступати страховиком?
7. Перерахуйте основні обов'язки страховика.
8. Дайте визначення поняття "страхувальник".
9. Охарактеризуйте обов'язки, які покладаються на страхувальника.
10. Які права має застрахований у медичному страхуванні ?

Висока смертність і захворюваність населення в буржуазній Польщі, яка включала на той час в свою територію більшу частину теперішньої Західної Європи, в тому числі й землі Західної України, на початку 20-х років вимагала термінових заходів. Окрім того, час вимагав створення служби, яка охопила б медичною допомогою все працююче населення, забезпечила йому лікарську допомогу на випадок хвороби та гарантувала виплату допомоги при непрацездатності.

Ці та інші зазначені причини спонукали уряд буржуазної Польщі в 1919 році видати Декрет про страхування на випадок хвороби, який був затверджений у вигляді закону в 1920 році.

І вже на кінець 1928 року кількість застрахованих у лікарняних касах Польщі склала майже 8 % населення країни, коли, в той же час, у Англії, Німеччині, Австрії кількість застрахованих доходила за ці роки до 33 %. У кожному повіті тодішньої країни функціонували лікарняні каси, які мали свої амбулаторні заклади - "лікувальні центри", що відкривалися в повітових містах і невеликих містечках. Для роботи в них запрошувалися вільнопрактикуючі лікарі, лікарі центрів та інші, котрі надавали медичну допомогу в домашніх умовах, вели амбулаторний прийом, окрім того займалися приватною практикою.

Основу фінансування лікарняних кас складали відрахування підприємств і застрахованих.

Майже 5 млн. населення, які раніше лікувалися у знахарів, повивальних бабок і фельдшерів, отримало можливість користуватися лікарською допомогою.

Аналіз історичних даних засвідчує, що страхова медицина як система, а також її окремі складові в кінці XIX - на початку XX сторіччя неодноразово "відвідували" Україну, тобто, на її теперішніх територіях певний час вже існували різноманітні форми надання медичної допомоги на страхових засадах. Запровадження до практичної діяльності охорони здоров'я незалежної України системи медичного страхування з використанням власного досвіду дозволить створити багатокладність у медичному забезпеченні населення, що є на сьогодні надто актуальним.

Контрольні питання

1. Дайте визначення понять: "медичне страхування" та "страхова медицина".
2. В чому полягає мета страхової медицини та медичного страхування?
3. Охарактеризуйте головні риси страхової медицини.
4. Назвіть основні завдання медичного страхування?
5. Перерахуйте основні особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування?
6. Хто може виступати страховиком?
7. Перерахуйте основні обов'язки страховика.
8. Дайте визначення поняття "страхувальник".
9. Охарактеризуйте обов'язки, які покладаються на страхувальника.
10. Які права має застрахований у медичному страхуванні ?

11. Що розуміють під страховим випадком?
12. Що є основним джерелом прибутку в медичному страхуванні?
13. Які функції медичного страхування виконує страховий поліс?
14. Розкрийте суть системи фінансування охорони здоров'я Німеччини.
15. Які найважливіші страхові медичні послуги існують в Німеччині?
16. Яким чином фінансуються лікарні, що функціонують у Німеччині?
17. Охарактеризуйте види медичного страхування, що існують у Німеччині?
18. Охарактеризуйте механізм розрахунку пацієнта з лікарем і страхової компанії з пацієнтом у даній країні.
19. Яка частка населення Франції охоплена медичним страхуванням?
20. Наведіть основні ризики здоров'я, які покриває медичне страхування у Франції.
21. Яка система організації медичного страхування діє в Японії?
22. Що представляє собою громадська система охорони здоров'я Японії?
23. Коли виникла страхова медицина в Україні?
24. Які джерела фінансування охорони здоров'я були під час НЕПу?
25. Що таке робітнича медицина в Україні?
26. В які роки на Західних теренах України зародилася страхова медицина?

Розділ 8. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

8.1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини

Охорона здоров'я матері та дитини — це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей. Будь-яке суспільство має бути зацікавленим у відтворенні та збереженні повноцінного людського потенціалу.

Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини визначається її провідною роллю в збереженні та поліпшенні здоров'я жінки, зниженні материнської та смертності немовлят, вихованні здорового, гармонійно розвиненого покоління.

Значущість системи охорони матері та дитини зростає з огляду на негативні зміни демографічної ситуації, підвищення захворюваності на окремі хвороби та інвалідності як працездатного населення, так і дітей.

Ефективність охорони здоров'я матері та дитини залежить від вирішення низки завдань, до яких відносяться:

- соціальний захист родини, матері та дитини, адресне надання соціальної допомоги;
- першочергове спрямування відповідних ресурсів на розвиток відповідних лікувально-профілактичних і оздоровчих закладів;
- впровадження медичного страхування та реорганізація діючої системи лікувально-профілактичної допомоги;
- антенатальна охорона плода за участю відповідних лікувальних і санітарно-профілактичних закладів;
- впровадження сучасних ефективних медичних технологій;
- профілактика інфекційних захворювань, здійснення в повному обсязі імунопрофілактики;
- формування здорового способу життя.

Тільки дієва соціальна політика держави може забезпечити їх реалізацію шляхом інтенсифікації діяльності структур, причетних до охорони материнства та дитинства.

Здійснення численних державних, громадських, медико-соціальних заходів повинно відбуватися на основі засад, передбачених відповідними законодавчими актами.

Законодавча база охорони здоров'я жінок і дітей в Україні включає більшість визнаних на міжнародному рівні прав людини.

Згідно з *Конституцією України*:

- людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю (стаття 3);
- кожна людина має невід'ємне право на життя і здоров'я та право на їх захист (стаття 27);
- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49).

У 1991 р. Україна ратифікувала *Конвенцію ООН про права дитини*, підписала Всесвітню декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і розробила план дій щодо її реалізації.

Виконання Конвенції та інших міжнародних договорів, учасником яких є наша держава, контролюється статтею 9 Конституції. При визнанні Верховною Радою вони набувають статус обов'язкових і стають частиною національного законодавства.

Конвенція ООН ґрунтується на визнанні дітей частиною суспільства з пріоритетами загальнолюдських цінностей та гармонійного розвитку особистості, відсутності дискримінації дитини за будь-якими ознаками чи мотивами.

Відповідно до статті 24 кожна дитина має право на найдосконаліші послуги системи охорони здоров'я.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини, в т.ч. медичного забезпечення, залежить від соціального та економічного статусу жінки.

Рівність прав чоловіка та жінки в усіх сферах життя закріплена 24 статтею Конституції. Реалізація задекларованої рівності може бути реально забезпечена лише належними соціально-економічними умовами.

Жінки України беруть активну участь у суспільному виробництві, серед усіх працюючих вони становлять майже 52 %. Їх питома вага в різних галузях економіки коливається в значних межах (табл. 1).

Таблиця 1

Представництво жінок у різних галузях економіки */

Галузі економіки	% жінок до загалу
Всього, в тому числі по галузях	51,6
Промисловість	43,1
Сільське господарство	37,6
Транспорт	30,2
Будівництво	26,3
Торгівля	74,4
Охорона здоров'я	83,6
Освіта	73,7
Наука та наукове обслуговування	48,3

Праця в Україні в 1997 р. //Стат. зб. -К. -1998.

Якщо в будівництві та на транспорті частка жінок становить 26-30 %, то в торгівлі та освіті вона досягає 3/4 працюючих, а в охороні здоров'я перевищує 80 %.

У зв'язку з цим, важливе значення має створення оптимальних умов для забезпечення прав жінок. Це, передусім, стосується реалізації положень, визначених документами Міжнародної організації праці (МОП).

Більшість з них так або інакше спрямована на захист репродуктивної функції жінки.

Конвенція МОП № 103 (1952 р.) передбачає державну допомогу майбутній матері - забезпечення необхідного рівня життя, медичної допомоги, заборону під час вагітності працювати у важких та шкідливих умовах, надання відпустки до та після пологів, для виховання дитини.

Ці положення знайшли відтворення в VII розділі *Основ законодавства України про охорону здоров'я* (1992 р.).

В статті 57 висвітлені заходи щодо заохочення материнства, гарантій охорони здоров'я матері та дитини, а саме:

- організація мережі жіночих, медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв і будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів;
- заборона застосування праці жінок на важких і шкідливих для здоров'я виробництвах;
- поліпшення та оздоровлення умов праці та побуту;
- усунення негативних економічних факторів;
- надання відпустки в зв'язку з вагітністю та пологами з виплатою допомоги із соціального страхування;
- грошова допомога при народженні дитини та на час догляду за нею під час хвороби;
- державна та громадська допомога дітям.

З метою охорони здоров'я жінці надається право самій вирішувати питання про материнство.

Відповідно до статті 50 жінка особисто вирішує питання про штучне переривання вагітності (протягом 12 тижнів) в акредитованих закладах охорони здоров'я. При більшому терміні (від 12 до 28 тижнів) аборт може бути зроблено лише за соціальними та медичними показаннями в окремих випадках.

Кожній жінці передбачене забезпечення у відповідних закладах кваліфікованого медичного нагляду за перебігом вагітності, стаціонарної допомоги при пологах і лікувально-профілактичної допомоги матері та новонародженій дитині (стаття 58).

Згідно зі статтями 60, 62 *Основ медична допомога дітям і підліткам* забезпечується такими лікувально-профілактичними та оздоровчими закладами: дитячими поліклініками, відділеннями, лікарнями, санаторіями та іншими.

Контроль здійснюють органи охорони здоров'я та освіти за участю громадських організацій.

Основами законодавства визначено право громадян на державну допомогу при догляді за дитиною з дефектами фізичного та психічного розвитку (стаття 63).

Родина може передати її до відповідного дитячого закладу на державне утримання. Якщо хворою дитиною опікується сім'я, держава гарантує їй право на медико-соціальну допомогу, в тому числі грошову.

Принцип найкращого забезпечення інтересів дитини відповідно до статті 3 Конвенції ООН закріплено в Кодексі про шлюб і сім'ю, Цивільному, Кримінальному, Кодексі законів про працю, Основах законодавства України про охорону здоров'я. Він відтворений також у Законах України щодо освіти, сприяння соціальному становленню та розвитку молоді, соціального захисту інвалідів і громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

З 1996 р. держава реалізує *Національну програму "Діти України"*.

Заходи, передбачені нею, спрямовані на забезпечення права кожній дитині народитися здоровою, вижити, всебічно розвиватися, бути надійно соціально та психологічно захищеною. Програма реалізується разом з Національними програмами планування родини, поліпшення становища жінок, охорони материнства та дитинства, Національною програмою "Освіта" ("Україна, XXI століття"), Комплексною програмою розв'язання проблем інвалідності.

В усіх цих документах визначені конкретні заходи, строки та відповідальні виконавці.

Чільне місце у вирішенні проблем збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я належить заходам щодо планування сім'ї.

Мета планування сім'ї, за визначенням ВООЗ, полягає у:

- запобіганні небажаній вагітності;
- можливості регулювати час народження дитини;
- самостійному визначенні сім'єю кількості дітей;
- народженні бажаних здорових дітей;
- профілактиці захворювань, які передаються статевим шляхом.

Заходи, спрямовані на здійснення цієї мети, є важливою складовою частиною ПМСД.

Національна програма затверджена в Україні в 1995 р. На сучасному етапі формується мережа відповідних закладів планування сім'ї. При Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України створено головний центр, функціонують 42 обласних і міжобласних центри, та більше 400 кабінетів при лікарнях. Крім того, кабінети "Шлюб і сім'я" в складі амбулаторно-поліклінічних закладів надають консультації щодо планування сім'ї.

На базі відділень дитячої та підліткової гінекології лікувально-профілактичних закладів створено центри з питань статевого виховання підлітків.

Програмою також передбачено здійснення системи консультування та підготовки підлітків і молоді з питань статевого виховання, сексуальної та репродуктивної поведінки.

Розроблено *Програму підтримки грудного вигодовування дітей*, діють центри підтримки лактації. З 1996 р. мати та дитина мають право на спільне перебування в пологовому відділенні.

Промисловість України випускає спеціальні рідкі та пастоподібні молочні продукти, сухі адаптовані суміші, плодоовочеві консерви. Виробничі потужності можуть значною мірою задовольнити потребу в них. За останні роки відбувся стрімкий спад виробництва продуктів дитячого харчування внаслідок соціально-економічних негараздів. Отже, проблема існує та потребує невідкладного вирішення.

Питаннями соціального захисту жінок і дітей займаються також *неурядові організації*. В державі діють і співпрацюють понад 20 всеукраїнських жіночих організацій (Спілка жінок України, Союз українок, Жіноча громада та ін.), майже 400 неурядових організацій, які проголошують роботу з дітьми як свою статутну діяльність (Дитячий фонд України, Український молодіжний Чорнобильський фонд, Асоціація захисту дітей-інвалідів тощо), близько 80 організацій та об'єднань регіонального рівня.

Досвід їх роботи та напрямки подальшої діяльності обговорювались на Всеукраїнському конгресі жінок в Києві (травень 1998 р.).

В Україні діє ряд *міжнародних програм*, спрямованих на вдосконалення системи ОХМД. Міжнародну допомогу в їх здійсненні надають установи ООН (ВООЗ, ЮНІСЕФ), Європейський Союз, уряди США, Німеччини, Канади, Великої Британії, Франції тощо, а також міжнародні фонди та неурядові організації.

Вже реалізовані програми "Українська ініціатива з охорони здоров'я", "Програма контролю смертності жінок, малюків і дітей", "Програма ліквідації йодозалежних захворювань", "Чорнобильський проект гуманітарної допомоги та реабілітації", "Ініціатива лікарні, дружньої до дитини" та багато інших.

Міжнародна та міждержавна допомога дозволила нашій державі вирішити низку конкретних завдань, а головне, певним чином вплинула на зміну уявлень і підходів до вирішення цих проблем.

Зміст наведених законодавчих документів і державних програм свідчить про забезпечення організаційних засад діяльності держави щодо охорони материнства та дитинства. В місцевих органах виконавчої влади створені підрозділи з відповідних питань. Збільшується кількість центрів соціальних служб для молоді в обласних центрах, Києві та Севастополі, інших містах і районах. Загальна кількість їх перевищує 400.

Проте організаційне забезпечення діяльності держави щодо захисту жінок і дітей само по собі не вирішить цю важливу проблему. Як відзначалося на Всеукраїнському конгресі жінок, значного вдосконалення потребує законодавчо-нормативна база щодо їх ролі та місця в суспільстві. Суттєвого поліпшення потребує державний механізм реалізації соціально-економічної політики.

В резолюції *Всеукраїнського конгресу жінок* наголошується, що державна політика має бути спрямована на підвищення соціального, політичного та морального статусу жінок в суспільстві, дотримання їх прав і свобод, охорону здоров'я, сприяння розвитку здорового способу життя та безпечного материнства.

Повільні темпи проведення реформ, невідповідність населення, а почасти й представників місцевих органів влади до нових умов сприяли соціальній напруженості, безробіттю, зниженню життєвого рівня та досить болюче відбилися на становищі жінок і дітей.

Отже, без активної державної соціальної та фінансової підтримки служб охорони материнства та дитинства створити належні умови для поліпшення їх здоров'я не можливо.

В першу чергу зусилля держави та громадськості повинні бути спрямовані на діяльність відповідних служб, ефективність якої залежить від багатьох чинників.

Передусім потрібно провести ретельний аналіз стану системи, її засад, матеріально-технічної бази, організації та якості діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Забезпеченню *медичною допомогою жінок і дітей* буде сприяти:

- збереження служб охорони здоров'я матері та дитини, їх адаптація до змін в економіці держави;
- реформування ПМСД на засадах сімейної медицини, з визначенням її пріоритетності жінкам і дітям;
- впровадження ефективних технологій в роботу лікувально-профілактичних закладів;
- профілактика захворюваності;
- гігієнічне виховання з акцентом на пропаганду здорового способу життя.

З метою наукового обґрунтування та розробки заходів щодо покращання здоров'я жінок і дітей в 1992 р. Інститутом педіатрії, акушерства та гінекології АМН започаткована наукова програма "Сім'я та діти України". До її виконання залучена кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я Національного медичного університету.

Ця програма, як органічний фрагмент, увійшла до Європейської програми "Європейське тривале дослідження вагітності та дитинства", а також до Національної програми "Діти України".

Для врахування розмаїття клімато-географічних, екологічних, соціальних, етнічних зон України дослідження проводиться в ряді регіонів, які представлені містами Київ, Івано-Франківськ, Дніпродзержинськ і Красний Луч (Луганська область). Сформована когорта (близько 7,5 тисяч сімей), здійснюється моніторинг за здоров'ям вагітних, перебігом і наслідками вагітності та пологів, станом здоров'я народжених немовлят.

Він дозволяє отримувати максимально об'єктивну та багатогранну інформацію про фактори, що впливають на них, про умови та спосіб життя сімей.

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

/ *етап* - медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства.

// *етап* - комплекс заходів щодо антенатальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних.

/// *етап* - інтранатальна охорона плода - забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багатопрофільних лікарень, або в дільничних лікарнях.

IV *етап* - лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень.

V *етап* - охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

VI *етап* - охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Важливими складовими частинами системи охорони здоров'я матері та дитини є акушерсько-гінекологічна допомога та лікувально-профілактична допомога дітям.

Акушерсько-гінекологічна допомога надається в 464 жіночих консультаціях, 89 пологових будинках, а також акушерських і гінекологічних відділеннях лікарень.

Розширюється мережа медико-генетичних закладів, до яких відносяться обласні та міжобласні, регіональні центри, медико-генетичні консультації, Львівський НДІ спадкової патології, Інститут генетики репродукції (м. Київ).

Створено центри, відділення, кабінети дитячої та підліткової гінекології. Кабінети відкриті в обласних центрах і великих містах. У деяких регіонах у кожному районному центрі працюють лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку.

Забезпеченість акушерами-гінекологами становить 2,5 на 10 тисяч населення. Щорічно під спостереженням жіночих консультацій перебуває близько 440 тисяч вагітних. Їх кількість у 90-х роках почала досить інтенсивно зменшуватись (за 5-тирічний період з 1993 по 1997 рр. на 24 %).

Лікувально-профілактична допомога дітям надається в самостійних дитячих поліклініках і поліклініках у складі дитячих об'єднаних лікарень. У різних лікарнях розгорнуто 61,4 тисячі дитячих ліжок, що становить 66,48 на 10 тисяч дитячого населення. Забезпеченість дітей лікарняними ліжками з 1985 року по 1999 рік зменшилась майже на 20 % (табл. 2)*'.

*/ Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М.Пономаренка. - Тернопіль. - Укрмедкнига, 1999. - 309 с.

Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 1998 р.). К.- 1999, - 594 с.

Таблиця 2

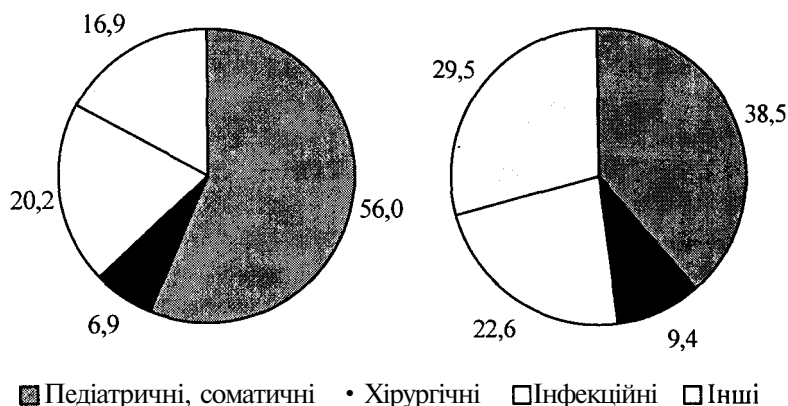
Забезпеченість дітей України спеціалізованими лікарняними ліжками (1985-1999 роки, на 10 тисяч дітей)

Профіль ліжок	1985 р.	1999 р.	Зменшення (збільшення), %
Усього	81,7	64,48	-19,8
В т.ч.			
Педіатричні соматичні	45,7	25,69	-43,8
Інфекційні	16,5	14,73	-10,8
Хірургічні	5,64	6,16	+ 8,0
Неврологічні	1,4	2,18	+ 55,7
Психіатричні	3,2	2,65	-17,2
Офтальмологічні	1,3	1,3	0
Отоларингологічні	2,4	2,07	-13,8
Дерматовенерологічні	1,2	1,35	+ 11,5

Примітка. До хірургічних ліжок у 1985 році віднесені нейрохірургічні, ортопедо-травматологічні, урологічні; в 1999 році до них долучилися торакальної та гнійної хірургії.

Аналіз наведених у таблиці 2 даних показує, що значно знизилася забезпеченість педіатричними соматичними ліжками, зменшилась забезпеченість отоларингологічними і психіатричними ліжками. В той же час збільшився цей показник щодо дерматовенерологічних, хірургічних і неврологічних ліжок.

Відповідно до цього змінилась структура лікарняного фонду (мал. 1).



Мал.1. Структура лікарняних ліжок для дітей за профілями лікувально-профілактичної допомоги, 1985 та 1998 рр. (%).

Фактична забезпеченість ліжками майже співпадає з орієнтовними нормативами їх потреби, затвердженими наказом МОЗ України № 74 від 24.03.98 р.

З 1993 до 1999 рр. число ліжок у денних дитячих стаціонарах збільшилось у 2,3 раза, а число пролікованих дітей зросло з 26,1 тисячі до 74,8 тисячі, тобто в 2,5 раза.

Проте зростання ролі денних стаціонарів само по собі не в змозі вирішити проблему доступності допомоги та її оптимізації. Цьому може зарадити збільшення обсягу та покращання якості амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Інтенсивна терапія хворим дітям забезпечується в центрах інтенсивної терапії новонароджених, в аналогічних відділеннях інтенсивної терапії в пологових будинках, в обласних і міських відділеннях дитячих лікарень.

На 1 січня 1998 року в ЛПЗ системи МОЗ України працювало близько 30,5 тисячі педіатрів і спеціалістів педіатричного профілю. Загалом забезпеченість достатня - 3 лікарі на 1000 дітей, у т.ч. дільничних педіатрів - 1,2.

Санаторно-курортне лікування забезпечується в 160 постійних дитячих санаторіях, де розгорнуто майже 22,9 тисячі ліжок. Його отримують діти, хворі на туберкульоз, органи дихання, травлення, нервової, серцево-судинної, кістково-м'язової, сечостатевої систем.

Діти-сироти, інваліди, неповних, багатодітних і малозабезпечених сімей виховуються в 43 будинках дитини (5200 місць). В Україні функціонує більше 18 тисяч дошкільних закладів, які охоплюють організованим вихованням 1 млн. 200 тис. дітей. Створюються нові типи дошкільних закладів (або групи): загального розвитку, компенсуючі, сімейні, прогулянкові.

За останні роки чисельність загальних дошкільних закладів зменшується в зв'язку зі скороченням народжуваності та недостатністю фінансування. 6 млн. 900 тисяч учнів навчаються в 21300 загальноосвітніх школах, діють близько 1000 професійно-технічних училищ з числом учнів, більшим 500 тисяч.

Для дітей, які потребують суспільного виховання та державної підтримки, організовані школи-інтернати.

Розвивається також мережа частково чи повністю платних дошкільних і середніх загальноосвітніх навчальних закладів.

Оздоровленню дітей сприяє фізична культура та спорт, які є складовою частиною виховного процесу в середніх загальноосвітніх і професійних навчально-виховних закладах, почасти здійснюється за місцем проживання в клубах, а також в дитячо-юнацьких спортивних школах. За останні роки було відкрито також 16 шкіл для інвалідів.

Контрольні питання

1. У чому полягає медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини?
2. Які заходи визначають ефективність охорони здоров'я матері та дитини?
3. Які основні документи становлять законодавчу базу охорони здоров'я жінок і дітей в Україні?
4. Які заходи щодо заохочення материнства, гарантій охорони здоров'я матері та дитини регламентовані Основами законодавства України про охорону здоров'я?
5. Які національні програми щодо материнства та дитинства реалізуються в Україні, їх мета?
6. В яких закладах надається акушерсько-гінекологічна допомога?
7. В яких закладах надається лікувально-профілактична допомога дітям?

8.2. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги

Акушерсько-гінекологічна допомога може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах - пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги займає *пологовий будинок*.

До складу *пологового будинку* можуть входити *стаціонар* і *жіноча консультація*; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку відносяться:

- головний лікар;
- заступник головного лікаря з медичної частини;
- завідувач жіночої консультації;
- головна медична сестра.

Головний лікар відповідає за лікувально-профілактичну, адміністративно-господарчу, фінансову діяльність. Він організовує роботу пологового будинку згідно з діючими положеннями, має право здійснювати підбір і укомплектування штатів закладу. Головний лікар створює умови для забезпечення кваліфікованою стаціонарною (та амбулаторною) акушерсько-гінекологічною допомогою та проведення комплексу профілактичних заходів, впроваджуючи сучасні методи профілактики, діагностики та лікування. Він зобов'язаний організувати та підтримувати в постійній готовності пологовий будинок для надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги, проведення лікарської експертизи непрацездатності, експертної оцінки випадків материнської та перинатальної смертності.

Завідувач жіночої консультації відповідає за лікувально-діагностичну та профілактичну діяльність, здійснює керівництво медичним персоналом, контролює якість лікувально-профілактичної роботи, ведення облікової документації, дотримання правил видачі листків непрацездатності, дбає про вдосконалення диспансерного методу обслуговування вагітних і гінекологічних хворих.

Заступник головного лікаря з медичної частини безпосередньо керує лікувально-профілактичною та санітарно-протиепідемічною роботою, відповідає за раціональне використання ліжкового фонду, за проведення експертизи тимчасової непрацездатності.

Головна медична сестра безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступнику з медичної частини. Вона здійснює контроль за роботою середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень

лікарів, догляду та обслуговування жінок і новонароджених, дотримання санітарно-гігієнічних правил, а також забезпечує своєчасність виписки, правильність обліку, збереження та використання медикаментів і перев'язувального матеріалу.

Амбулаторно-поліклінічну, акушерсько-гінекологічну допомогу забезпечує жіноча консультація (мал. 2).

Проведення заходів щодо профілактики ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та гінекологічних захворювань

Надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Впровадження в практику сучасних методів діагностики та лікування вагітних, гінекологічних хворих і осіб групи ризику

Проведення роботи з питань контрацепції та профілактики абортів

Профілактика та лікування безпліддя

Надання соціально-правової допомоги

Мал. 2. Основні завдання жіночої консультації.

Виконання вказаних завдань потребує здійснення численних *функцій*, до яких відносяться:

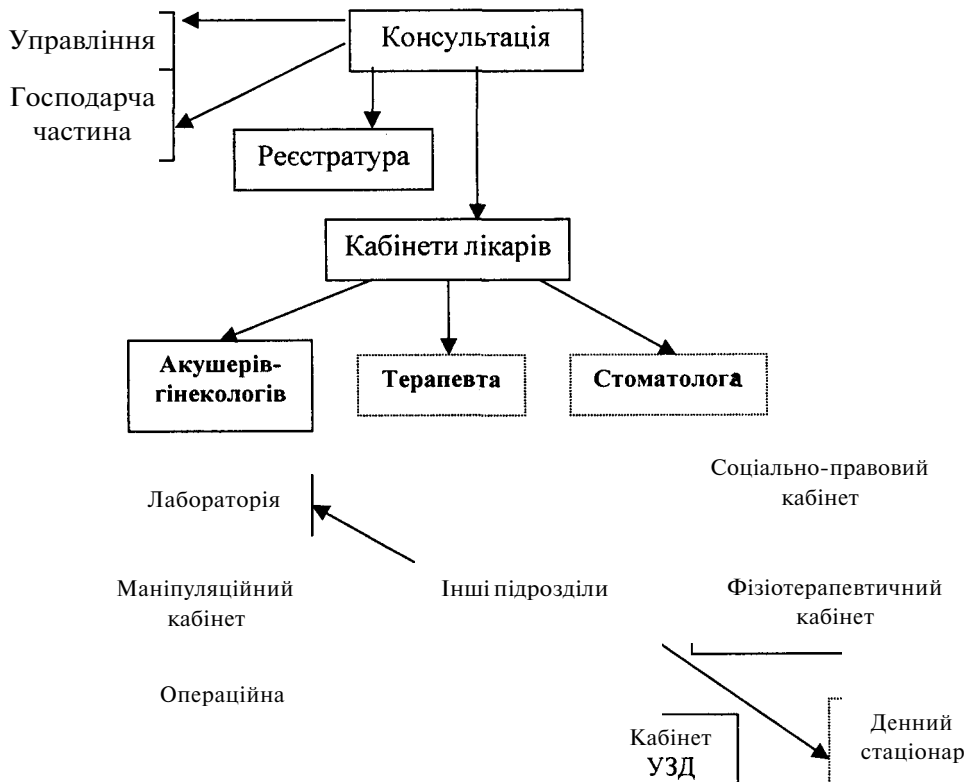
- амбулаторний прийом вагітних і хворих на гінекологічні захворювання;
- профілактичний огляд жінок;
- повноцінне комплексне обстеження вагітних і гінекологічних хворих;
- диспансерне спостереження за вагітними та гінекологічними хворими;
- виявлення ускладнень вагітності та своєчасна госпіталізація жінок до відділень (палати) патології вагітності;
- профілактика та лікування безпліддя;
- експертиза тимчасової непрацездатності;
- гігієнічне виховання з метою підготовки до майбутнього материнства.

Багатопланова профілактична, лікувальна та оздоровча робота забезпечується у відповідних підрозділах жіночої консультації (мал. 3).

Штати лікарів акушерів-гінекологів згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. формуються з розрахунку: одна посада лікаря на 3300 жіночого населення.

Для надання амбулаторної допомоги дітям і підліткам встановлюється посада *лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку* з розрахунку 0,5 посади на 10 тис. вказаного населення замість 0,5 посади лікаря акушера-гінеколога амбулаторного прийому.

В жіночій консультації передбачені посади інших спеціалістів: терапевта на 60 тис. і стоматолога на 100 тис. дорослого населення, яке проживає на території обслуговування.



Мал. 3. Структура жіночої консультації.

Посади акушерок вводяться відповідно до посад акушерів-гінекологів.

Жіноча консультація здійснює свою роботу за *дільнично-територіальним принципом*.

Акушери-гінекологи:

- надають медичну допомогу в консультації та вдома;
- співпрацюють з дільничними терапевтами, педіатрами (чи сімейними лікарями), з іншими спеціалістами, що надають допомогу жінкам, які проживають в районі діяльності консультації.

Жіноча консультація забезпечує:

- раннє виявлення вагітних, до 12 тижнів вагітності, взяття їх під диспансерне спостереження;
- систематичне спостереження — 12-13 разів при нормальному перебігу вагітності (1 раз на місяць у першій половині, 2 рази на місяць у другій половині та 3-4 після 32 тижнів);
- огляд вагітних терапевтом 2 рази, стоматологом та іншими спеціалістами за показаннями;
- проведення лабораторних та функціональних досліджень: аналіз крові 3-4 рази, сечі при кожному відвідуванні консультації, двічі реакція Васермана,

на резус-належність і групу крові, ВІЛ-інфекцію, токсоплазмоз, при необхідності біохімічні дослідження тощо;

- ультразвукове дослідження на 16-18-му та 22-24-му тижнях вагітності;
- медико-генетичне консультування за показаннями (народження дітей з вадами розвитку при попередніх вагітностях, звичні викидні, мертвонародження нез'ясованої етіології, наявність уроджених аномалій та психічних захворювань у родичів 1-3 ступеня родинної спорідненості).

При відвідуванні вагітною консультації з'ясовуються умови її праці та побуту, виявляються фактори ризику та уточнюється план диспансерного спостереження.

При наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнень вагітності частота відвідувань консультації збільшується. При потребі жінку госпіталізують у відділення патології до пологового будинку чи до відповідного спеціалізованого відділення. Її можуть також направити до санаторію для вагітних.

Якщо вагітна працює в шкідливих умовах, консультація видає довідку про необхідність переведення жінки на іншу роботу.

В жіночій консультації проводиться цілеспрямоване гігієнічне виховання вагітних щодо дотримання правил особистої гігієни, режиму праці, відпочинку, харчування.

Школа материнства навчає жінку в першій половині вагітності догляду за дитиною, в другій — організовує заняття з питань психопрофілактичної підготовки до пологів.

Важливе значення має формування психологічної установки на грудне вигодовування з метою реалізації відповідних принципів ВООЗ і ЮНІСЕФ.

Ця копітка праця проводиться поетапно: в жіночій консультації, пологовому стаціонарі, дитячій поліклініці.

За діючим законодавством вагітним жінкам надають відпустку на 70 днів до та 56 після пологів (загалом на 126 днів). У разі ускладнених пологів, при народженні кількох дітей відпустка подовжується на 14 днів. Жінкам, які мешкають у зонах радіоактивного забруднення, відпустка надається на 180 днів.

Мета всіх заходів запобігання несприятливому перебігу вагітності, ускладнень пологів - антенатальна охорона плода, зниження материнської та перинатальної смертності, народження здорових немовлят.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини потребує узгоджених дій різних служб, організацій, відомств, насамперед санітарно-епідеміологічної, яка повинна активно сприяти формуванню здорового способу життя, вивченню умов праці жінок, розробці заходів щодо їх оздоровлення.

Ця служба повинна здійснювати також контроль за дотриманням санітарного законодавства з охорони праці жінок і диспансерним спостереженням за вагітними з виробничими факторами ризику.

Крім лікувально-профілактичної допомоги вагітним, акушери-гінекологи жіночих консультацій забезпечують *медичну допомогу гінекологічним*

хворим, прошарок яких досить значний. Гінекологічні захворювання виявляють при звертанні пацієнтів, проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів.

Крім жіночих консультацій, в проведенні профілактичних оглядів беруть участь оглядові кабінети поліклінік (поліклінічних відділень) і амбулаторій. Значна частина гінекологічних захворювань виявляється за даними звертань.

Важливе значення має правильний вибір гінекологом тактики при виявленні захворювань жіночої статеві сфери з огляду на конкретний діагноз і стадію, професію хворої, доцільність вибору методів лікування тощо.

Переважає частина хворих гінекологічного профілю підлягає досить тривалому диспансерному спостереженню.

На *диспансерному спостереженні* повинні перебувати:

- ті, які тривало та часто хворіють на запальні захворювання матки та придатків;
- хворі з порушенням менструального циклу;
- хворі на ерозію та поліпи шийки матки;
- хворі та прооперовані з приводу пухлин жіночої статеві сфери;
- хворі на безпліддя.

Певна частина їх потребує лікування в гінекологічному відділенні.

Акушери-гінекологи жіночої консультації здійснюють відбір на госпіталізацію, забезпечують повноцінне обстеження (частина хворих може лікуватися в амбулаторних умовах).

Після виписки забезпечують у жіночій консультації подальше спостереження, відновлювальне лікування із залученням необхідних спеціалістів.

У жіночих консультаціях, як і в інших амбулаторно-поліклінічних закладах, створюють денні стаціонари. Особливості їх роботи визначаються специфікою патології даного контингенту.

Акушер-гінеколог жіночої консультації співпрацює з *акушеркою*.

Її обов'язки:

- виконання лікувальних і діагностичних призначень лікаря в консультації та вдома;
- підготовка до амбулаторного прийому;
- допомога лікарю при проведенні оглядів, лікувальних і оперативних маніпуляцій;
- патронаж вагітних і породіль;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

В жіночих консультаціях, що мають не менше 8 посад акушерів-гінекологів, встановлюється посада *старшої акушерки*, яка відповідає за:

- забезпечення своєчасного та якісного виконання середнім медперсоналом лікарських призначень;

- поповнення, збереження та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментів;
- збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих ліків;
- своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та стаціонаром пологового будинку;
- складання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу.

В стаціонарах пологових будинків з відповідними підрозділами надають кваліфіковану стаціонарну допомогу жінкам під час вагітності, пологів, у післяпологовому періоді, при гінекологічних захворюваннях, а також новонародженим (мал. 4).

Стаціонар пологового будинку

Приймально-пропускний блок	Фізіологічне акушерське відділення	Обсерваційне відділення
Для вагітних і роділь		
Для гінекологічних хворих	Пологовий блок	Пологовий блок
Відділення патології вагітних	Післяпологове відділення	Післяпологові палати
Інші підрозділи	Відділення (палати) для новонароджених	Палати для новонароджених
	Палати патології вагітних	

Гінекологічні відділення

Для консервативного лікування	Для оперативного лікування	Для штучного переривання вагітності
-------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Мал. 4. Структура стаціонару пологового будинку.

При наявності екстрагенітальної патології, гестозу другої половини вагітності, неправильного положення плода жінку за направленням госпіталізують до відділення патології, в разі поліпшення здоров'я її виписують під спостереження консультації, а з початком пологів переводять до пологового будинку. При підозрі на інфекційне захворювання чи виявленні його ознак вагітну слід направити до обсерваційного відділення.

Певна частина вагітних та жінок з гінекологічними хворобами поступають до стаціонару за екстремими показаннями. Особливості перебігу вагітності, стану вагітної на початку пологів і т. ін. обумовлюють вимоги до діяльності *приймально-пропускного блоку*.

До завдань його працівників належать:

- обстеження вагітних, породіль і гінекологічних хворих;
- санітарна обробка;
- своєчасне виявлення вагітних з підозрою на інфекційне захворювання та наступна госпіталізація до обсерваційного відділення;
- розподіл вагітних по відповідних відділеннях;
- надання невідкладної допомоги;
- інформаційно-довідкове забезпечення.

Значна частина акушерських ліжок знаходиться у фізіологічному відділенні. Його пологовий блок найбільш потужний, операційні повинні бути обладнані всім необхідним.

Виключне значення з точки зору профілактики інфікування вагітної, породілі та новонародженого має дотримання санітарно-епідеміологічного режиму стаціонару пологового будинку.

За штатом у відділенні працюють завідувач, акушери-гінекологи, старша акушерка, акушерки.

Для забезпечення медичної допомоги новонародженим встановлено посади завідувача відповідного відділення, педіатра, медичних сестер.

Особливості роботи *завідувачів відділень акушерського (гінекологічного)* та *новонароджених* полягають у підтриманні зв'язку з жіночою консультацією, дитячою поліклінікою та іншими ЛПЗ щодо вирішення питань наступництва в обслуговуванні жінок і дітей, підготовки перших до госпіталізації та других до передачі під спостереження дитячої поліклініки, а також організації їх соціально-правового захисту.

Акушер-гінеколог відповідного відділення стаціонару безпосередньо забезпечує прийом вагітних і хворих, проводить обстеження, робить призначення, заповнює документацію.

Під час перебування вагітної в передпологовій палаті лікар спостерігає за її здоров'ям і станом плода, приймає пологи. Акушерка може надавати медичну допомогу при неускладнених пологах.

Лікар гінекологічного відділення обстежує та лікує хворих, контролює виконання призначень.

Акушерка акушерського відділення готує жінок до огляду лікаря, допомагає йому при проведенні маніпуляцій та оперативних втручань, здійснює окремі маніпуляції, приймає неускладнені пологи та проводить первинну обробку новонароджених, нескладні лабораторні дослідження. В разі патологічного перебігу пологів і післяпологового періоду вона терміново викликає лікаря.

Лікар і акушерка дбають про запровадження сучасних методів лактації.

Педіатр відділення (палати) новонароджених проводить лікувально-профілактичні заходи щодо забезпечення їх фізичного, нервово-психічного розвитку, догляду, обстеження, вигодовування.

Медична сестра здійснює нагляд за новонародженими та лікування відповідно до рекомендацій лікаря, допомагає йому при виконанні маніпуляцій, контролює правильність материнського годування, а також забезпечує змішане, штучне годування тим новонародженим, які його потребують.

Як вже зазначалося, стан здоров'я вагітних протягом останніх років погіршився в зв'язку з негативним впливом багатьох чинників.

Зростає частота екстрагенітальної патології. За даними досліджень кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я Національного медичного університету, проведених в одному з промислових районів м. Києва, з 1985 по 1992 рр. частота екстрагенітальних захворювань зросла з 21,8 до 50,2 на 100 вагітних, тобто у 2,3 раза. Така ж тенденція характерна для гінекологічних захворювань - показник збільшився в 1,8 раза (з 21,1 до 38,2 на 100 вагітних).

Дослідження, проведені кафедрою в сільській місцевості Київської області, дозволили виявити значні розбіжності рівнів екстрагенітальної патології у вагітних жінок, які мешкають в екологічно несприятливому та умовно чистому районах.

Збільшується число ускладнень і оперативних втручань. Частка нормальних пологів в Україні з 1994 по 1998 рік зменшились з 34,2 % до 30,8 %*.

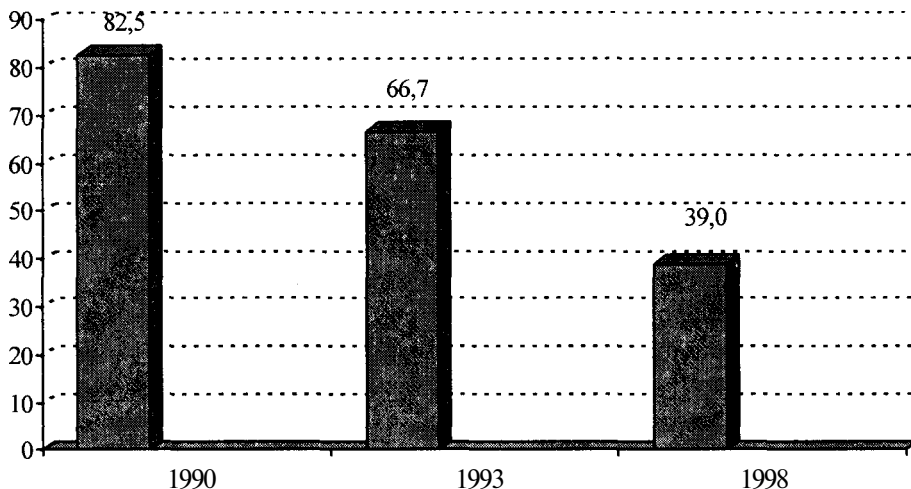
Вкрай негативно на стан репродуктивного здоров'я жінок впливають аборти (мал. 5).

Досить відчутне зниження рівня абортів за період з 1990 по 1998 рр. не повинно заспокоювати громадськість. Річ у тім, що частота абортів в Україні перевищувала аналогічний показник Франції в 2,6 раза, не кажучи вже про Нідерланди, де цей показник становив лише 5,6 ‰ (мал. 6)*.

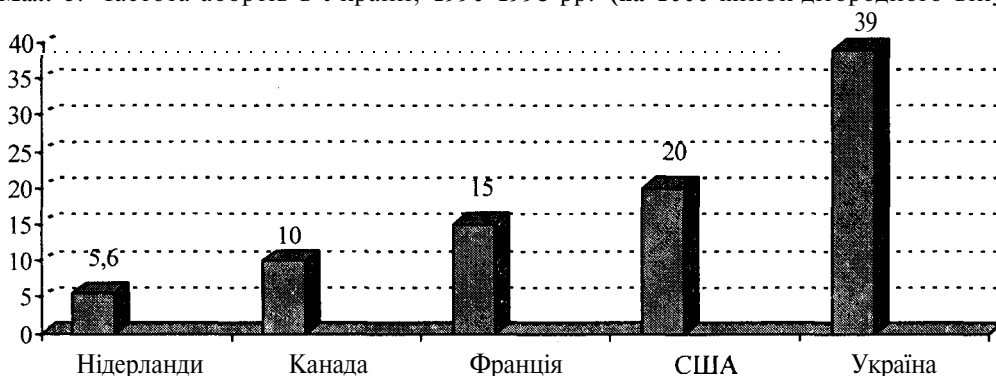
Загальноновизнаними наслідками штучних абортів є не тільки порушення репродуктивного здоров'я (безплідність, запальні процеси), а також їх віддалені наслідки (зниження фізіологічної зрілості новонароджених тощо).

Зниження загальної кількості офіційно зареєстрованих абортів в Україні супроводжується підвищенням їх при першій вагітності. За даними

* Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 1998 р.). К. -1999, -594 с.



Мал. 5. Частота абортів в Україні, 1990-1998 рр. (на 1000 жінок дітородного віку).



Мал. 6. Частота абортів у деяких країнах (на 1000 жінок дітородного віку).

соціологічного опитування "Здоров'я - 1996" першу вагітність переривали близько 14 % жінок*.

Кількість штучних абортів за даними різних країн зростає серед молоді. Ця ситуація притаманна і Україні, де частота цих абортів з 1994 по 1998 рік зросла в 3 рази, що пов'язано з незадовільною системою інформації з питань планування сім'ї, низьким рівнем сексуальної культури населення, недостатнім розвитком служби планування сім'ї.

Між іншим, запобігання небажаній вагітності та зниження рівня абортів сприяє покращанню репродуктивного здоров'я жінки та може суттєво вплинути на зниження такого важливого показника як материнська смертність.

Материнська смертність - це смерть жінок протягом вагітності чи впродовж пологів, пов'язаних з нею, ускладнених нею чи веденням пологів.

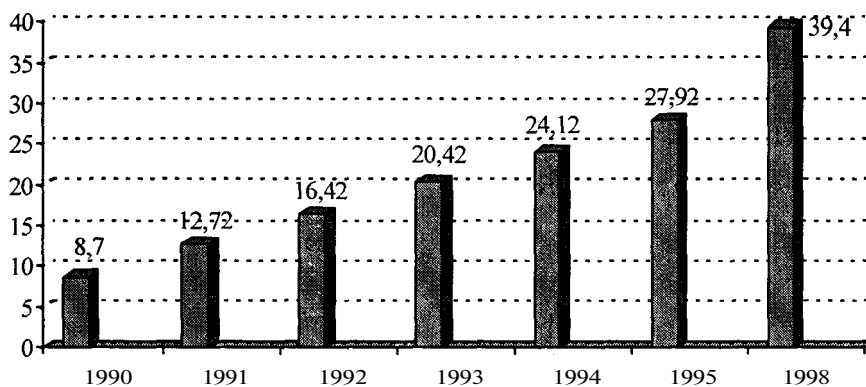
Показник розраховується на 10 тис. живонароджених дітей. Як свідчать експерти ООН, запобігання небажаній вагітності може знизити його в середньому на 25 %.

* Здоров'я дітей та жінок в Україні Кабінет України, МОЗ України, Київ, 1997 рік, ст. 70.

Хоча в структурі причин материнської смертності провідні місця займають захворювання, пов'язані з вагітністю (кровотечі, гестози, септичні ускладнення), все ж однією з вагомих залишається аборт.

Рівні материнської смертності в різних країнах коливаються в значних межах: від 6 на 100 тис. живонароджених у країнах Європи до 1000 та більше в деяких країнах Азії та Африки. В Україні (1998 р.) показник становив 27,2 з коливаннями в різних регіонах від 15 до 60 на 100 тис. живонароджених.

Про погіршення репродуктивного здоров'я свідчить також зростання частоти невиношувань вагітності з 1990 по 1998 рр. Це стосується передчасних пологів і викиднів. Найбільший ризик невиношування серед вагітних з екстрагематальною патологією особливо при анеміях, частота яких з 1990 по 1998 рр. збільшилась у 4,5 раза (мал. 7).



Мал. 7. Частоти анемії у вагітних жінок, 1990-1998 рр. (на 100 вагітних).

Одним з показників репродуктивного здоров'я є *безпліддя*. Згідно з визначенням ВООЗ безплідним вважається шлюб, при якому в дітородному віці за умови регулярного статевого життя впродовж року, без застосування протизаплідних засобів, жінка не вагітніє.

За даними окремих досліджень, народження дитини в США та економічно розвинутих країнах Європи є проблемою для 14-22 % сімейних пар. В Україні безплідні шлюби становлять до 15 %.

Безпліддя залежить як від жінок, так і від чоловіків (мал. 8)*.

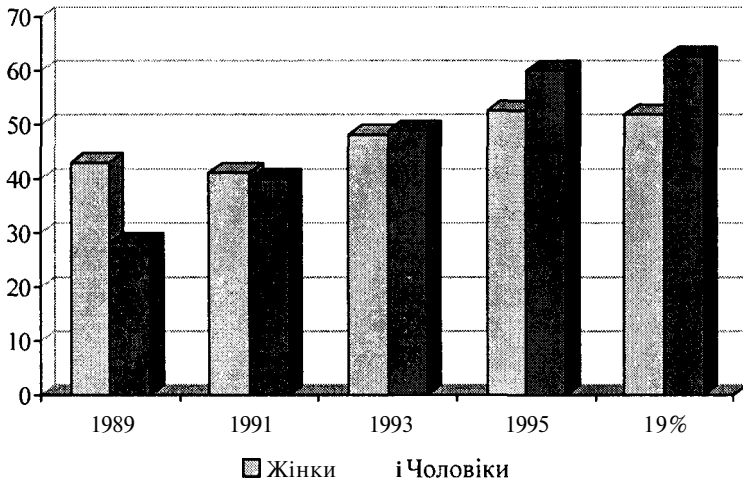
Наведені дані свідчать про поступове зростання показника більш інтенсивними темпами серед чоловіків.

Безпліддю жінок сприяють штучне переривання вагітності (22 %), запальні захворювання (30 %), а також ендокринні розлади.

Значною проблемою для багатьох країн є народження дітей з низькою масою тіла до 2500 г. Вони відносяться до групи високого ризику. В країнах Європи, як і в Україні, частка таких дітей становить 6 %**.

* Здоров'я дітей та жінок в Україні. Кабінет України. МОЗ України, Київ.- 1997 рік.- ст. 72.

** Медична статистика України. МОЗ України.- Київ, 1997.- ст. 93.



Мал. 8. Статеві особливості рівнів безпліддя, 1989-1996 рр. (на 10 тис. населення дітородного віку).

Недоношені діти, новонароджені з низькою масою та народжені хворими потребують значної уваги, складних методик обстеження, догляду, лікування.

Стан здоров'я новонароджених залежить насамперед від факторів *ризик* з боку *матері* (ендокринна патологія, звичні викидні, лікування безпліддя, екстрагенітальна патологія тощо).

Ці несприятливі умови антенатального періоду знижують компенсаторні можливості дитячого організму, призводять до сповільнення постнатальних адаптаційних змін і можуть викликати розвиток патологічного стану.

Проте патогенетично обгрунтоване лікування таких дітей, на жаль, нерідко починається запізно.

Крім вищевказаного аспекту медичних негараздів, на здоров'я новонароджених негативно впливають також організаційні фактори, як наприклад, відсутність належних засобів та методів профілактики патології.

Існуюча система медичної допомоги в стаціонарах пологових будинків розрахована головним чином на лікування захворювань новонароджених, а не на їх попередження.

Значна захворюваність новонароджених, комплексний негативний вплив багатьох чинників на розвиток плода, перебіг пологів і результати вагітності зумовлюють необхідність певної реорганізації акушерської стаціонарної допомоги.

В багатьох країнах почали створювати акушерську службу різних рівнів за обсягом і якістю медичної допомоги, залежно від ступеня ризику перинатальної смертності.

Організують також регіональні перинатальні центри для медичного забезпечення вагітних високого ризику з огляду на вагому - до 10 % - частку таких жінок у популяції репродуктивного віку.

Неонатологи перинатального центру повинні бути зорієнтовані на обслуговування новонароджених групи високого ризику, яке передбачає належне спостереження та при потребі інтенсивне лікування.

Контрольні питання

1. Посадові особи, що здійснюють управління пологовим будинком, їх обов'язки.
2. Основні завдання та функції жіночої консультації.
3. Підрозділи жіночої консультації.
4. Складові елементи забезпечення вагітних у жіночій консультації.
5. Охарактеризуйте зміст медичної допомоги гінекологічним хворим.
6. Структура стаціонару пологового будинку.
7. Завдання приймально-пропускного блоку.
8. Обов'язки завідувача та лікаря стаціонару акушерського (гінекологічного) відділення.
9. Основні обов'язки старшої акушерки та акушерки відділення стаціонару.
10. Особливості стану здоров'я вагітних жінок.

8.3. Організація медичної допомоги дітям

Лікувально-профілактична допомога дітям є невід'ємною частиною охорони материнства та дитинства. Вона забезпечує організацію медичного спостереження за здоровими дітьми та підлітками і надає їм при необхідності кваліфіковану допомогу.

В наданні цієї допомоги дітям беруть участь медичні заклади різних рівнів, заклади освіти та соціального забезпечення (будинки дитини, школи-інтернати, дитячі будинки, інтернати для дітей з дефектами розумового та фізичного розвитку).

Серед них є об'єднана *дитяча лікарня* з поліклінічним відділенням, стаціонаром, з лікувально-допоміжними та діагностичними підрозділами, медичним архівом тощо.

Управління лікарнею здійснюють:

- головний лікар;
- завідувач поліклініки;
- заступник головного лікаря з поліклінічної роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому);
- заступник головного лікаря з медичної частини.

В містах без районного поділу в штаті однієї з поліклінік встановлюється посада міського педіатра, а при наявності поділу - посада районного педіатра.

Головний лікар організовує роботу відповідно до положення про дитячу лікарню. Він має право наймати та звільняти працівників, відповідає за лікувально-профілактичну, адміністративно-господарчу та фінансову діяльність лікарні, планує її роботу, забезпечує якість обстеження та лікування хворих дітей, розробку та здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів у виховних і навчальних закладах, розташованих у районі обслуговування, створює умови для підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Заступник головного лікаря з поліклінічної роботи забезпечує лікувально-діагностичну, профілактичну, протиепідемічну діяльність поліклініки, контролює організацію роботи в дитячих дошкільних закладах і школах, належне ведення облікових документів, вивчає стан здоров'я дітей, аналізує діяльність підрозділів і медичного персоналу, здійснює виробничий зв'язок між дитячою поліклінікою, підлітковими кабінетами міських поліклінік, пологовим будинком, санепідстанціями.

Заступник головного лікаря з медичної частини безпосередньо керує та відповідає за якість лікувально-діагностичної роботи стаціонару, дотримання санітарно-протиепідемічного режиму, здійснює контроль за якістю діагностики, за харчуванням і доглядом хворих, відповідає за ведення облікової документації, аналізує діяльність підрозділу.

В загальній системі медичних заходів, спрямованих на охорону здоров'я дітей, *провідне місце* займає *амбулаторно-поліклінічна допомога*, яку забезпечують у поліклінічних відділеннях дитячих, міських, центральних районних лікарень і в самостійних дитячих поліклініках.

Основні принципи амбулаторно-поліклінічної допомоги:

- безкоштовне, систематичне, кваліфіковане, доступне лікарське, фельдшерське, сестринське спостереження за здоровими дітьми;
- первинна та вторинна профілактика захворювань;
- раннє виявлення та своєчасне лікування хворих дітей;
- реабілітація хворих;
- просвітницька робота з питань виховання здорової дитини, забезпечення її нормального фізичного та психічного розвитку.

Дитяча поліклініка є провідним закладом у наданні лікувально-профілактичної допомоги. Якість її роботи впливає на результати поліклінічного та стаціонарного лікування, а також на рівень госпіталізації, тривалість перебування в стаціонарі, на частоту викликів швидкої медичної допомоги.

В дитячих поліклініках проводять комплекс заходів, спрямованих на запобігання та раннє розпізнавання патології, зниження захворюваності та смертності, особливо немовлят.

На сучасному етапі вони надають медичну допомогу дітям від народження до 15 років (14 років 11 міс. 29 днів) у поліклініці, вдома, в дошкільних закладах і школах.

В 1998 році зареєстровано 45,6 млн. відвідувань поліклініки та 12,3 млн. удома*. Сучасні дитячі поліклініки забезпечують проведення комплексу профілактичних, лікувальних, оздоровчих та інших заходів (мал. 9).

Дитяча поліклініка має досить складну розгалужену систему відділень і кабінетів (мал. 10).

* Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 1998 р.). - К. - 1999. - 594 с.

Розділи роботи дитячої поліклініки

Організація та реалізація комплексу профілактичних заходів	Лікувально-консультативна допомога дітям у поліклініці та вдома
Аntenатальна охорона плода	Надання кваліфікованої медичної допомоги в поліклініці та вдома
Профілактичні огляди дітей	
Диспансерне спостереження відповідно до груп здоров'я та виду патології	Направлення дітей на лікування до стаціонарів і на відновне лікування в санаторії
Профілактичні щеплення відповідно до регламентованих термінів і за станом здоров'я дитини	Відбір дітей для лікування та навчання в спеціальних дошкільних і шкільних закладах
Контроль роботи молочної кухні та пунктів роздачі дитячого харчування	
Санітарно-освітня робота серед батьків і дітей	
Протиепідемічні заходи (разом із СЕС)	Лікувально-профілактична робота в дитячих дошкільних закладах і школах
Своєчасне виявлення дітей з інфекційними захворюваннями	
Забезпечення ізоляції хворих	Правовий та соціальний захист дітей
Госпіталізація в разі потреби хворих дітей до інфекційної лікарні	
Своєчасне направлення до СЕС екстреного повідомлення	Організаційно-методична робота
Спостереження за дітьми, котрі були в контакті з хворими	
Планування та проведення щеплень	

Мал. 9. Основні розділи роботи дитячої поліклініки.

Дитяча поліклініка



Мал. 10. Структура дитячої поліклініки.

Діяльність поліклініки забезпечують *медичні працівники, штати* яких встановлюються з урахуванням чисельності дитячого населення, особливостей його розселення, форм роботи підрозділу, зумовлених сучасними умовами господарювання.

Згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. в містах з населенням понад 25 тисяч встановлюють посади лікарів для забезпечення прийому дітей у поліклініці, надання їм медичної допомоги вдома, в дитячих дошкільних закладах і школах та іншої роботи з амбулаторно-поліклінічного обслуговування (табл. 3).

Таблиця 3

Штатні нормативи лікарів дитячих поліклінік

Найменування посад	Кількість посад на 10 тис. дітей до 14 років включно (14 років 11 міс. 29 днів), що закріплені за поліклінікою
Лікар-педіатр дільничний	12,5
Лікар-кардіоревматолог дитячий	0,3
Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку	0,1 але не менше 1 посади на адміністративний район
Лікар-хірург дитячий	0,45
Лікар-ортопед-травматолог дитячий	0,5
Лікар-уролог дитячий	0,2
Лікар-отоларинголог дитячий	1,0
Лікар-невролог дитячий	1,0
Лікар-офтальмолог дитячий	1,0
Лікар-ендокринолог дитячий	0,4
Лікар-алерголог дитячий	0,2
Лікар-імунолог дитячий	0,3
Лікар-інфекціоніст дитячий	0,5
Лікар-гематолог дитячий	0,2
Лікар-нефролог дитячий	0,1 але не менше 0,5 посади на адміністративний район
Лікар-гастроентеролог дитячий	0,3
Лікар-дерматовенеролог дитячий	0,2

Крім педіатрів, у дитячих поліклініках працює численна група лікарів інших фахів (хірурги, ортопеди-травматологи, психоневрологи, офтальмологи, отоларингологи, ендокринологи, кардіоревматологи, урологи, алергологи та ін.).

Залежно від кількості фахівців встановлюються посади лаборантів - рентгенологів, фізіотерапевтів, лікувальної фізкультури.

Для забезпечення роботи в дитячих закладах і школах усіх типів установається додатково одна посада з розрахунку:

а) лікаря-педіатра:

на 600 дітей дитячих садків (відповідних груп у яслах-садках);

на 2500 учнів шкіл;

б) лікаря-фтизіатра на 200 дітей в санаторних дошкільних закладах (групах);
в) дитячого лікаря-психіатра на 300 учнів спеціалізованих шкіл для розумово відсталих дітей;

г) дитячого лікаря-офтальмолога - в одній з поліклінік міста (міського адміністративного району) з чисельністю дитячого населення не менше 300 тисяч чоловік.

Залежно від кількості лікарів одного профілю можуть бути встановлені посади *завідувача відділення:*

педіатричного:

замість 0,5 посади лікаря — при кількості посад дільничних педіатрів і педіатрів 6,5-9.

Загальне керівництво роботою поліклініки здійснює *завідувач поліклініки чи заступник головного лікаря з поліклінічної роботи.*

В самостійній поліклініці цю функцію виконує *головний лікар поліклініки.*

В дитячих поліклініках, окрім медичних, вводяться також посади педагогічних працівників для логопедичних і сурдологічних кабінетів. У сурдологічному - посада завідувача кабінету, лікаря-отоларинголога (сурдолога), по одній посаді невропатолога, дефектолога, логопеда; медичної сестри та молодшої медичної сестри.

Вказані посади встановлюються для однієї із дитячих лікарень або поліклінік міста, де розташована дитяча поліклініка.

Посаду логопеда в поліклініці залежно від обсягу роботи встановлюють з розрахунку одна посада на 20 тис. дітей та підлітків.

Відповідно до штату лікарів встановлюють посади середнього та молодшого медичного персоналу, роботу яких очолює старша медична сестра.

Чіткість роботи поліклініки в значній мірі залежить від діяльності *реєстратури.*

Основні завдання реєстратури ідентичні для поліклінік, що надають допомогу дорослому населенню, вони описані в розділі "Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню".

Щоб вивільнити лікаря від виконання функцій, невластивих рівню його підготовки, в поліклініках функціонують *кабінети долікарського прийому.* На кваліфікований середній медичний персонал цього кабінету покладено виконання таких *функцій:*

- проведення контрольного годування немовлят;
- обробка мікротравм;
- видача довідок про епідемічну обстановку за місцем проживання, виписок з історії розвитку дитини та направлень на дослідження в зв'язку з оформленням до дошкільного закладу, школи, від'їзду на санаторне оздоровлення;
- проведення антропометричних вимірювань;
- визначення температури тіла та артеріального тиску перед оглядом педіатра.

Одним з принципів охорони здоров'я, який має особливе значення в педіатричній практиці, є її *профілактичний характер*.

Профілактика завжди займала чільне місце в діяльності поліклініки. Проте в сучасних умовах з урахуванням особливостей розвитку та перебігу цілої низки хвороб, послаблення захисних сил організму дитини, зумовленого численними несприятливими антропогенними чинниками навколишнього середовища та способу життя, роль запобіжних заходів зростає.

Спостереження за здоровими дітьми раннього віку, крім персоналу педіатричних дільниць здійснюють працівники створених у дитячих міських і районних поліклініках *кабінетів (відділень) здорової дитини*. В них працюють лікар і досвідчені медичні сестри.

При обслуговуванні поліклінікою до 15 тис. дітей вводиться 1 посада медичної сестри, при обслуговуванні понад 15 тис. дітей - 2 посади в змін.

Робота *кабінету здорової дитини* спрямована на формування та збереження здоров'я дітей.

Його працівники повинні пропагувати здоровий спосіб життя, навчаючи батьків основам виховання, а саме організації відповідно до віку дитини режиму, раціонального харчування, фізичного виховання, загартовування та догляду.

Медичний персонал кабінету надає допомогу дільничним лікарям щодо проведення занять у школах молодих матерів, індивідуальних і колективних бесід з батьками дітей раннього віку, в забезпеченні їх методичними матеріалами з питань охорони здоров'я дитини.

В кабінеті батьків навчають догляду за дітьми, проведенню масажу та гімнастики, загартовуючих процедур; виготовленню харчування, правильному введенню догодівлі та пригодівлі, пропагують впровадження плавання в грудному віці.

Значна увага надається пропаганді грудного вигодовування.

Працівники кабінету з метою профілактики рахіту забезпечують батьків відповідними препаратами, організують при необхідності ультрафіолетове опромінення дітей, разом із дільничним лікарем-педіатром і медичною сестрою проводять індивідуальну підготовку малюків до виховання в дошкільному закладі.

Персонал кабінету відповідає за оволодіння медичними сестрами всіма питаннями профілактичної роботи з дітьми.

Важливе значення має налагодження зворотного зв'язку між персоналом кабінету здорової дитини та дільничною службою, що дає змогу своєчасно виявляти порушення в розвитку дитини та помилки батьків щодо догляду.

В кабінеті повинна бути зібрана відповідна санітарно-освітня література, таблиці, пам'ятки, наочні посібники з основних питань профілактичної роботи. Матеріали слід постійно поновлювати та використовувати при оформленні приміщень поліклініки стендами, вітражами, санітарними бюлетенями тощо.

Відповідно до завдань його слід забезпечити такими методичними матеріалами та наочними посібниками:

- таблиці режиму за віковими групами;
- методичні рекомендації щодо грудного вигодовування;
- стенди, що пропагують грудне вигодовування;
- таблиця-схема природного та штучного вигодовування дітей на першому році життя;
- виставка наборів соків, пюре, посуду для вигодовування та харчування дітей різного віку;
- таблиці показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей раннього віку;
- стенди з комплексами масажу та фізичних вправ для дітей раннього віку (за віковими періодами);
- схеми загартовування;
- виставки предметів догляду, особистої гігієни, одягу, взуття, іграшок для дітей різного віку;
- схема проведення специфічної та неспецифічної профілактики рахіту;
- стенд щодо підготовки дитини до дошкільного закладу;
- методичні рекомендації органів охорони здоров'я з основних питань профілактичної роботи.

Досить часто, через 1-1,5 місяця після пологів, у жінок може наставати так званий "лактаційний криз", тобто короткочасне зменшення об'єму лактації. Це фізіологічне явище. При дотриманні певних умов лактація відновлюється.

Відповідні рекомендації розроблені ВООЗ і ЮНІСЕФ і передбачають тимчасове збільшення числа годувань до 10-12 разів на добу, прикладання дитини до обох грудей при кожному годуванні, обов'язкове нічне годування, застосування за показаннями лактогенних медпрепаратів тощо.

Працівники кабінету здорової дитини та дільничний медперсонал повинні навчити жінку цих дій і проконтролювати їх виконання. Як свідчить досвід Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, вони в багатьох випадках (близько 85 %) дозволяють подолати лактаційний криз і продовжити грудне вигодовування.

В кабінетах здорової дитини педіатри за відповідним графіком проводять групові прийоми дітей.

За матеріалами соціологічних досліджень більшість молодих сімей, особливо з первістком, зацікавлена в роботі кабінету з огляду на особливості попередньої демографічної ситуації (одна дитина), яка не дозволила батькам ознайомитися з методикою догляду та виховання на досвіді сім'ї, в якій вони виховувалися.

Проблема ще більше загострилася в зв'язку зі зниженням віку батьків первістка.

Вивчення деякими авторами якості організації профілактичної роботи дитячих поліклінік свідчить про їх недостатню ефективність. Значна частина

матерів вважала себе недостатньо підготовленою з питань догляду за дитиною, її вигодовування та пояснювала це відсутністю зв'язку медичного персоналу з родинами (69 %), недостатнім авторитетом дільничних лікаря та медичної сестри (22 %). Тому лише 64 % їх виконували рекомендації профілактичного характеру.

Недостатніми також є знання батьків про значення для здоров'я дитини режиму дня (12 %), роль коригуючої гімнастики при порушеннях опорно-рухового апарату (7 %), причини хвороби дитини - понад 30 % матерів не знала їх і тому не надавала значення відновлювальному лікуванню.

Така поведінка родини, неуважність до рекомендацій лікаря щодо режиму, харчування хворої дитини, створення відповідного психологічного клімату дуже знижує дієвість лікування. За низький стан гігієнічних знань батьків певною мірою відповідають медичні працівники.

Повноцінне забезпечення дітей медичною допомогою та якісне виконання профілактичних заходів значною мірою залежать від *дільничної служби*.

Головні завдання в роботі *дільничного педіатра* полягають у формуванні, збереженні та зміцненні здоров'я дітей, подальшому зниженні захворюваності та смертності, забезпеченні оптимального фізичного та нервово-психічного розвитку за рахунок широкого впровадження комплексу профілактичних заходів.

Дільничний педіатр здійснює постійний зв'язок із жіночою консультацією, проводить антенатальний патронаж, що має особливо важливе значення для вагітних жінок з групи ризику.

Допологовий патронаж спрямований на підготовку родини до появи новонародженого. Його частіше здійснює дільнична медична сестра, яка знайомиться з соціальними умовами родини, надає поради стосовно харчування та побуту вагітної жінки. При потребі у проведенні допологового патронажу бере участь дільничний педіатр (наявність у вагітної екстрагенітальної патології, токсикозу, ускладненого акушерського анамнезу, несприятливих соціально-побутових умов).

Лікар-педіатр опікується здоров'ям дітей від моменту виписки з пологового будинку до передачі для подальшого спостереження до підліткового кабінету поліклініки для дорослого населення.

Під наглядом педіатра перебуває в середньому 800 дітей за місцем їх компактного проживання (дільничний принцип).

Педіатр відвідує новонароджених у перші три дні після виписки з пологового будинку, контролює дії дільничної медичної сестри, проводить прийом дітей у поліклініці.

Важливим розділом діяльності дільничного педіатра є *профілактичне спостереження* за здоровими дітьми. Згідно з діючими методичними рекомендаціями у ньому беруть участь також лікарі інших фахів.

Медичні огляди згідно з Положенням про міську дитячу поліклініку здійснюються в такій послідовності:

діти віком до 1-го року - педіатр - щомісяця, невролог - двічі на рік, хірург, ортопед-травматолог, офтальмолог, отоларинголог - 1 раз на рік, логопед та інші спеціалісти за показаннями;

діти 2-го року життя - педіатр - 1 раз у квартал, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

діти 3-го року життя - педіатр — 1 раз у півріччя, отоларинголог, офтальмолог, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

діти 4-х років - педіатр, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

діти 5-ти років - педіатр, отоларинголог, офтальмолог, невролог, хірург, ортопед, логопед-стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

діти 6-ти років - педіатр, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

учні з 1-го - 3-го класів — педіатр, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

учні 4-го класу - педіатр, стоматолог, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями;

учні 5, 6, 7, 8 класів — педіатр, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями, підготовка до передачі до підліткового кабінету;

учні 9-го класу (14 років) - педіатр, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед, стоматолог - 1 раз на рік, інші спеціалісти за показаннями. Далі вони передаються до підліткового кабінету. В сучасний період, зважаючи на зниження народжуваності та можливе зменшення навантаження педіатрів, практикують залучення педіатрів до медичного забезпечення також і підлітків.

Дітей-інвалідів педіатр має оглядати 2 рази на рік, профільні спеціалісти за показаннями згідно з планом диспансеризації.

Педіатр направляє дітей на консультацію, необхідні лабораторні дослідження та спеціальну комісію для встановлення протипоказань до щеплень на певний строк або повністю, разом із медичною сестрою дільниці планує їх проведення.

Він проводить *динамічне спостереження за групою диспансерного обліку*, здійснює оздоровлення дітей разом із лікарями інших фахів, оцінює ефективність диспансеризації, забезпечує обстеження, необхідні оздоровчі та профілактичні заходи дітям перед вступом до дошкільних закладів і школи, проводить облік і відбір тих, хто за станом здоров'я потребує санаторного лікування.

Дільничний педіатр відвідує хворих удома в разі виклику, надає їм необхідну допомогу з призначенням при необхідності фізіотерапевтичних методів і лікувальної фізкультури, спостерігає за хворою дитиною до одужання, контролює лікування, при потребі госпіталізує дитину чи дозволяє відвідувати поліклініку.

Лікування вдома дитини до одного року потребує щоденного відвідування лікаря для контролю своєчасної госпіталізації важко хворих у разі його

неефективності, інформації керівництва про причини її затримки, направлення до СЕС даних про виявлені інфекційні хвороби та проведений комплекс заходів на попередження їх поширення.

Дільничний педіатр, систематично підвищуючи свою кваліфікацію, запроваджує в практику нові методи лікування та пропозиції щодо організації обслуговування дітей на науково обґрунтованих засадах, проводить санітарно-освітню роботу з питань розвитку та виховання здорової дитини, профілактики захворювань, заповнює затверджену медичну документацію, здійснює контроль за роботою медичної сестри, створює санітарний актив серед населення дільниці та залучає його до проведення санітарно-оздоровчих профілактичних заходів.

Він працює за планом, складеним на основі поглибленого аналізу стану здоров'я дітей та оцінки власної діяльності.

Слід зазначити, що за здоровими дітьми лікарі повинні проводити спостереження безпосередньо в поліклініці.

В разі гострого перебігу захворювань або загострень хронічних хвороб лікування дитини та її обстеження лікар проводить у домашніх умовах.

Причини виклику лікаря додому різноманітні. Це гостре інфекційне захворювання чи підозра на НЬОГО, важкий стан дитини, первинне захворювання, виписка дитини зі стаціонару, перебування дитини в контакті з хворими на інфекційні захворювання, надання напередодні швидкої чи невідкладної медичної допомоги. В такому разі лікар, природно, враховує стан і вік дитини, захворювання та його перебіг, а також домашні умови.

Питання про лікування вдома дітей раннього віку, хворих на запалення легень, гострі кишкові захворювання, вирішує дільничний педіатр спільно із завідувачем педіатричного відділення чи головним лікарем поліклініки.

Під час першого відвідування хворої дитини вдома педіатр призначає лікування, рекомендує режим і характер харчування, дає поради батькам щодо догляду дитини.

При потребі дитині надають невідкладну допомогу, тому лікар повинен мати відповідний набір медикаментів.

Хворих дітей першого року лікують переважно в стаціонарі. Якщо стан здоров'я та умови життя дозволяють лікувати їх удома, дітям виписують рецепти на безкоштовну видачу ліків на весь курс лікування.

Педіатр і медична сестра ведуть щоденне спостереження за хворими дітьми цього віку до їх одужання, забезпечують здійснення необхідних лікувальних і діагностичних процедур.

Частоту відвідувань дітей більш старшого віку визначає лікар-педіатр, враховуючи характер та перебіг захворювань.

Всі дані про стан здоров'я бажано відразу записувати до історії розвитку дитини, аби запобігти можливій втраті інформації.

Якщо виникає потреба в госпіталізації, складають докладну виписку з історії розвитку.

В разі виявлення інфекційного захворювання чи підозри на нього заповнюють екстрене повідомлення про гостре інфекційне захворювання.

За клопотанням лікаря дитяча поліклініка забезпечує проведення хворій дитині вдома необхідних лабораторних, функціональних досліджень і консультацій лікарів інших фахів, проведення фізіотерапевтичних процедур.

Завідувач педіатричного відділення здійснює контроль за організацією та якістю лікування хворих дітей удома, при необхідності надає консультативну допомогу. При погіршенні стану здоров'я дитини чи недостатній ефективності лікування педіатр спільно із завідувачем відділення забезпечує госпіталізацію хворого. В направленні до стаціонару лікар вказує діагноз захворювання, тяжкість стану хворої дитини, тривалість і перебіг хвороби, проведені лікування та обстеження, індивідуальні особливості дитини, контакт із хворими на інфекційні хвороби.

Перелік і опис основних розділів і видів діяльності дільничного лікаря дають змогу дійти висновку про багатогранність роботи дільничного лікаря (організаційну, лікувально-діагностичну, профілактичну, в тому числі й проти-епідемічну, санітарно-освітню, звітно-статистичну).

Треба чітко уявляти та повністю усвідомлювати те, що саме дільничний лікар представляє медицину як галузь, з якою контактують численні контингенти батьків, здорових і хворих дітей. Саме до нього насамперед звертаються за порадою, сподіваються на його допомогу. Якраз тому суспільство пред'являє високі вимоги до дільничної служби, особливо педіатричної.

Якщо звертання до дільничних терапевтів становлять 40-45 % від усіх звертань до поліклініки, то питома вага звертань дітей до дільничних педіатрів значно більша. За даними дослідження, проведеного в місті Києві в 1997 році, 72,5 % усіх звертань дітей до лікарів дитячих поліклінік припадає на дільничних педіатрів і лікарів невідкладної допомоги, які надають дітям первинну медико-санітарну допомогу*.

Тривалий час відбувався прискорений розвиток спеціалізованої допомоги, що часом навіть перевищувало матеріально-технічні можливості системи охорони здоров'я. Це заважало підвищенню ролі головної особи дитячої поліклініки - дільничного лікаря.

При можливій зміні концепції підготовки лікарів і переорієнтації організації охорони здоров'я на засади медичного страхування з впровадженням системи сімейного лікаря, суспільство повинно подбати про підвищення престижу вказаних лікарів, про їх достатнє матеріальне забезпечення.

Вирішення цього питання є особливо актуальним, якщо врахувати наявні несприятливі тенденції стану здоров'я населення, підвалини якого закладаються і вже закладені в попередніх поколіннях. У ранньому дитячому віці можна здійснити багато заходів щодо поліпшення здоров'я, запобігання розвитку в

* Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка.- Тернопіль.- Укрмедкнига.-1999.-С. 167.

майбутньому хвороб із хронічним перебігом та нейтралізації впливу численних чинників ризику. Саме ці обставини зумовлюють провідний принцип роботи на педіатричній дільниці - профілактичний.

Серед профілактичних заходів значне місце займає *протиепідемічна діяльність*.

Основними розділами протиепідемічної роботи на педіатричній дільниці є:

- облік дітей, котрі підлягають щепленням, планування цієї роботи;
- специфічна імунізація дітей - проведення щеплень відповідно до рекомендованих термінів;
- підготовка до щеплень дітей, які часто хворіють, при наявності в анамнезі алергічних реакцій на введення вакцин;
- підготовка матеріалів щодо протипоказань до проведення щеплень для обговорення на комісії, виконання рекомендацій цієї комісії;
- контроль за дітьми після проведення щеплень, облік незвичайних реакцій, профілактика та лікування ускладнень після щеплень;
- аналіз ефективності щеплень на дільниці.

Профілактичні щеплення в містах здійснюють у відповідних кабінетах при дитячих поліклініках, а в сільській місцевості - в лікувально-профілактичних закладах сільської лікарської дільниці чи в поліклінічному відділенні районних лікарень. Щеплення дітям, які відвідують дитячі дошкільні заклади та школи, проводять у цих закладах.

Кабінети щеплень дитячих поліклінік, які обслуговують 10 тисяч дітей і більше, очолюють лікарі-імунологи, в поліклініках меншої потужності загальне керівництво їх роботою можуть здійснювати головний лікар поліклініки, його заступник або завідувач педіатричного відділення дитячої поліклініки.

Посади медичних сестер кабінетів щеплень устанавлюються з розрахунку одна посада на кожні 3000 дітей, які не відвідують шкіл, дитячих дошкільних закладів, але не менше однієї посади.

Зміст роботи кабінету щеплень:

- розробка спільно з дільничним лікарем планів профілактичних щеплень на території обслуговування;
- організація та проведення запланованих профілактичних щеплень;
- ведення карти профілактичних щеплень;
- відвідування вдома дітей після щеплення для з'ясування стану здоров'я дитини, а також після проведення біологічних (імунологічних) проб, якщо діти не з'явилися для перевірки до поліклініки;
- організація дільничним медичним персоналом точного обліку дітей, які підлягають щепленням, відбору їх для щеплень і забезпечення прибуття на процедуру;
- складання щомісячних і річних звітів про виконання щеплень;
- вивчення ефективності щеплень за допомогою імунологічних реакцій та аналізу захворюваності дітей порівняно з даними про вакцинацію;

- контроль за організацією та проведенням щеплень дітям у дитячих закладах району обслуговування;
- організація та проведення занять з лікарями та середнім медичним персоналом для підвищення кваліфікації щодо щеплень;
- санітарно-освітня робота серед населення з питань профілактики інфекційних захворювань;
- облік дітей, яким протипоказані щеплення (встановлення протипоказань для щеплень і дати подальшого їх проведення вирішується спеціальною комісією). В історії розвитку дитини обов'язково слід зробити відповідний запис за підписами членів комісії.

Організацію та проведення профілактичних щеплень систематично контролює санітарно-епідеміологічна станція.

Перед направленням на щеплення педіатр оглядає дитину. Щеплення проводять у маніпуляційному кабінеті, де роблять відповідний запис до журналу обліку профілактичних щеплень. Патронажна сестра дільниці вносить відповідні відомості до історії розвитку дитини, а медична сестра кабінету щеплень, яка веде картотеку, робить запис у карті профілактичних щеплень.

Помічником дільничного педіатра є *дільнична медична сестра*. Посади цих працівників встановлюються з розрахунку 1,25 посади на кожну посаду лікаря.

Основні обов'язки дільничної медичної сестри дільниці:

- патронаж вагітних жінок (не менше 2 разів);
- патронаж новонароджених і дітей 1-го року життя;
- перепис дитячого населення;
- виклик на прийом дітей диспансерної групи, здорових дітей, які не відвідали своєчасно дитячу поліклініку, та тих, що потребують огляду перед проведенням щеплень;
- санітарно-освітня робота серед дітей та батьків;
- навчання матерів догляду за дітьми, проведенню масажу та комплексу гігієнічних вправ;
- інформація працівників дитячих дошкільних закладів і шкіл про дітей, які захворіли на інфекційні хвороби чи були в контакті з такими хворими;
- допомога педіатру під час прийому дітей у поліклініці (підготовка медичної документації, інструментарію, виконання антропометричних вимірювань, проведення контрольних годувань, направлення дітей на обстеження та консультацію);
- підвищення професійної кваліфікації.

Багатогранна, складна та відповідальна робота педіатричної служби поліклініки потребує відповідної організації та вдосконалення. Цим займається *завідувач педіатричного відділення* поліклініки, до посадових обов'язків якого належать:

- консультація хворих у поліклініці, вдома, в дитячих колективах;
- допомога лікарям-педіатрам у своєчасній госпіталізації хворих дітей;

- контроль за веденням облікової документації, участь в оформленні листків непрацездатності та довідок по догляду за хворою дитиною;
- аналіз стану здоров'я дітей і показників роботи відділення;
- контроль і спостереження за групою ризику, дітьми, котрі перенесли асфіксію, травму під час пологів, хворіють на рахіт, ексудативний діатез, а також за дітьми з неблагополучних родин або тими, в яких несприятливі житлові умови тощо;
- керівництво роботою педіатрів відділення щодо надання лікувально-профілактичної допомоги дітям у поліклініці та вдома;
- участь у передачі документації на підлітків для подальшого спостереження в підлітковому кабінеті поліклініки для дорослих;
- проведення заходів щодо підвищення кваліфікації персоналу;
- впровадження раціональних форм медичного обслуговування дітей;
- експертна оцінка якості лікування (за показниками якості лікування та диспансеризації).

Важливим розділом у роботі лікаря-педіатра та медичної сестри дільниці є *підготовка дітей до вступу до дошкільних закладів*. До заходів, які проводить медичний персонал дитячої поліклініки з цього питання, належать такі:

- робота з батьками (поради привчити малюка до спілкування з дітьми та дорослими; максимальне наближення домашнього режиму до умов дошкільного закладу; поступове відучування дітей від неприйнятних для дитячих колективів звичок (годування з пляшки, коливання тощо);
- проведення курсу оздоровчих заходів дітям, які відстають у фізичному та нервово-психічному розвитку, часто хворіють, зокрема на рахіт, ексудативний діатез, анемію;
- повторні консультації психоневролога та інших фахівців дітей групи ризику;
- завершення щеплень не пізніше за один місяць до початку відвідування дошкільного закладу, при неможливості їх проведення - визначення протипоказань і наступне їх проведення в дошкільному закладі через 1-1,5 місяця після закінчення періоду адаптації;
- прийом дитини після гострого захворювання до дошкільного закладу не раніше двох тижнів після одужання.

При наявності протипоказань до щеплень дозволяється прийом дитини до дитячого закладу без щеплень. Наступне щеплення призначається після закінчення періоду адаптації.

Питання про направлення до дитячого закладу дітей групи ризику, а також дітей з хронічними захворюваннями та природженими вадами розвитку вирішує індивідуально залежно від стану здоров'я кожної дитини спеціальна комісія із залученням лікарів відповідного фаху.

Підготовка до навчання в школі передбачає огляд дітей віком 3 та 5 років отоларингологом, окулістом, невропатологом, стоматологом, хірургом, ортопедом,

а при показаннях логопедом, фтизіатром, кардіоревматологом, ендокринологом, дерматологом. Це дає змогу своєчасно оздоровити виявлених хворих дітей.

Напередодні вступу до школи лікар-педіатр та інші фахівці знову оглядають дитину, оцінюють ефективність проведеного лікування, стан здоров'я дитини та функціональну підготовленість до навчання. Дітям знову проводять антропометричні вимірювання, клінічний аналіз крові та сечі.

Відомості про диспансерне спостереження з докладним аналізом, висновками про стан здоров'я та рекомендаціями щодо подальшого спостереження за дитиною в умовах школи фіксуються в медичній карті, яку передають у школу до початку навчального року.

Медична допомога дітям, що відвідують дошкільні заклади та школи надається медичними працівниками *дошкільно-шкільного відділення*, роботою якого керує завідувач.

Обов'язки лікаря цього відділення:

- проведення планових профілактичних оглядів дітей перед щепленням, контроль за його проведенням;
- призначення дітям діагностичних проб, лабораторних досліджень і лікування;
- спостереження за диспансерною групою хворих дітей;
- рекомендації щодо організації харчування дітей;
- медичний контроль за фізичним вихованням і загартовуванням дітей;
- робота з профілактики травматизму, його облік і аналіз усіх випадків травм;
- контроль за умовами побуту, вихованням, харчуванням;
- санітарно-освітня робота з батьками та персоналом дошкільного закладу;
- організація роботи щодо захисту дітей від інфекційних захворювань.

Основні напрямки роботи педіатра дошкільного закладу представлені на малюнку 11.

Безпосереднім помічником лікаря, виконавцем його призначень та інших функцій є медична сестра або фельдшер дошкільного закладу.

Обов'язки медичної сестри:

- участь у лікарських оглядах дітей, проведення антропометричних вимірювань, визначення гостроти зору тощо;
- проведення загартовування, профілактичних щеплень, діагностичних проб, збирання матеріалу для лабораторних досліджень, виконання інших призначень лікаря;
- ізоляція хворих дітей, проведення огляду, термометрії та інших заходів стосовно дітей, які контактували з інфекційними хворими, організація поточної дезінфекції;
- надання долікарської допомоги дітям при гострих захворюваннях чи травмах;
- санітарно-освітня робота;

Дошкільний заклад

Загальнооздоровча робота		Заходи боротьби з проникненням інфекції в дитячий колектив
Рациональне харчування дітей		Обстеження шойно прибулих дітей
Загартування за допомогою повітря та водних процедур		Щоденний фільтр (огляд медичною сестрою дітей, які приходять до дитячого закладу)
Кабінет невідкладної допомоги	Забезпечення правильного режиму дня з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дитини	З'ясування причин відсутності дітей
Денний гельмінтологічний напівстаціонар	Контроль стану мікроклімату в закладі	Взаємний обмін відповідною інформацією з медичними закладами, котрі обслуговують дітей
Кабінет обліку та медичної статистики	Заходи боротьби з поширенням інфекційних хвороб у дитячому колективі.	Додержання санітарних правил утримання приміщень, території
Додержання принципу групової ізоляції		Систематичний контроль за станом здоров'я персоналу
Кабінет медико-соціальної допомоги	Своєчасне виявлення та ізоляція дітей, які захворіли	Специфічна профілактика інфекційних захворювань (організація та проведення профілактичних щеплень)
З'ясування причин відсутності дітей з метою своєчасного проведення профілактичних заходів у відповідній групі в разі виникнення інфекційного захворювання		Санітарно-освітня робота
Дотримання карантинних заходів у групах		

Мал. 11. Основні напрямки діяльності лікаря-педіатра в дошкільному закладі.

- контроль за санітарно-гігієнічним та протиепідемічним режимом, медичним обстеженням персоналу дошкільного закладу;
- складання заявок на медикаменти, медичний інструментарій та апаратуру, бакпрепарати, дезінфікуючі засоби;
- оформлення відповідних облікових документів.

Велике значення у вихованні здорового покоління має *медичне забезпечення школярів*, адже саме у цьому віці продовжується розвиток дитини. Організм дитини в цей час дуже пластичний, значно гостріше та швидше порівняно з дорослим реагує на вплив різних чинників. Досить значна частина патологічних змін виникає саме в шкільні роки (короткозорість, порушення постави, ревматизм). Це стосується також передумов виникнення атеросклерозу, цукрового діабету та іншої ендокринної патології, злоякісних новоутворень і особливо гіпертонічної хвороби. Немає сумніву в тому, що виснаження нервової системи у шкільному віці внаслідок порушення правил психогігієни також залишить свій слід на все життя.

З урахуванням цього шкільний лікар повинен мати відповідну підготовку і, головне, профілактичне й гігієнічне мислення.

Шкільний лікар зобов'язаний:

- своєчасно організовувати та проводити медичні огляди школярів, робити висновки про стан здоров'я (з урахуванням зауважень фахівців);
- визначати кожній дитині медичну групу для занять фізичною культурою та призначати лікувально-оздоровчі процедури;
- оцінювати результати медичних оглядів школярів;
- здійснювати медичний контроль за фізичним вихованням, за режимом навчання, зокрема трудового, за харчуванням учнів, проведенням санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів;
- проводити роботу щодо професійної орієнтації школярів з урахуванням стану їхнього здоров'я;
- виявляти учнів, що потребують звільнення від перехідних та випускних іспитів з подачею матеріалів на розгляд відповідної комісії;
- проводити амбулаторний прийом у школі та надавати медичну допомогу тим, хто її потребує;
- проводити санітарно-освітню роботу серед персоналу школи, батьків та учнів;
- забезпечувати систематичне спостереження за диспансерною групою хворих, сприяти їх оздоровленню, в тому числі безпосередньо в школі;
- підтримувати зв'язок з дільничними педіатрами.

Середній медичний персонал зобов'язаний:

- допомагати лікарям у проведенні медичних оглядів, у виконанні призначених процедур після оглядів;
- проводити скринінгові тести (вимірювання артеріального тиску, визначення гостроти зору тощо);

- доводити до відома педагогічного колективу результати оглядів учнів і рекомендації лікарів-фахівців;
- здійснювати контроль за організацією харчування, гігієнічними умовами навчання та виховання, за додержанням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, виконанням санітарних вимог у харчоблоці та проведенням обов'язкових медичних оглядів його працівників.

До обов'язків середнього медичного персоналу входять також:

- контроль за організацією трудового навчання учнів, самообслуговуванням, позанавчальними додатковими заняттями в групах продовженого дня;
- контроль за своєчасним обов'язковим медичним обстеженням персоналу школи та виконанням усіх необхідних досліджень;
- проведення профілактичних щеплень;
- спостереження за учнями, що мали контакт з дітьми, хворими на інфекційні хвороби;
- проведення спільно з лікарем амбулаторного прийому учнів, проведення роботи щодо профілактики травматизму, його облік;
- проведення обліку і контроль за зберіганням медичного інвентарю, медикаментів, матеріалу для щеплень, за своєчасним їх поповненням.

У дитячій поліклініці, крім дільничних лікарів-педіатрів, працюють також *лікарі інших фахів*. Спеціалізована медична допомога отоларинголога, хірурга, окуліста, невролога повинна надаватися в кожній дитячій поліклініці. Ортопеди, урологи, нефрологи, ендокринологи, дитячі гінекологи, лікарі з функціональної діагностики можуть працювати в одній з дитячих поліклінік, якщо їх кілька на території. Психоневролог, дерматовенеролог, онколог, фізіотерапевт ведуть прийом у відповідних диспансерах, можуть бути виділені день і години для роботи в дитячій поліклініці.

Наявність в окремих поліклініках спеціалістів різних фахів залежить від чисельності дітей та поширеності окремої патології.

В невеликих містах при відсутності змоги сформувати відповідні штати спеціалізовану допомогу дітям надають лікарі поліклінік для дорослого населення при наявності спеціальної підготовки з питань педіатричної допомоги.

Лікар-фахівець поліклініки проводить прийом дітей, надає необхідну консультативну та лікувальну допомогу вдома, забезпечує диспансерне спостереження за дітьми з хронічними захворюваннями, з важким перебігом хвороби, а також за дітьми, що часто та тривало хворіють до зняття їх з обліку за медичними показаннями. Він вивчає ефективність лікування та диспансеризації, проводить санітарно-освітню роботу, запроваджує в практику нові методи діагностики та лікування.

Важливим для повноцінної медичної допомоги дітям є *відновлювальне лікування* яке являє собою комплекс лікувально-оздоровчих і виховних заходів, спрямованих на усунення змін в організмі дитини, пов'язаних з захворюванням, відновлення втрачених функцій, якнайшвидше повернення дитини до умов життя, адекватних її віку.

Якщо повного відновлення досягти неможливо, відповідні заходи мають забезпечити компенсацію втрачених функцій та пристосування дитини до нових умов існування.

Відновлювальне лікування не повинно обмежуватися роботою поліклініки. Його слід продовжувати в родині, забезпечуючи лікувальний режим, масаж і відповідні гімнастичні вправи.

Проведення відновлювального лікування стикається з певними труднощами, з огляду на морфологічну незрілість і функціональну недосконалість організму дитини, і потребує від усіх учасників єдиного підходу.

Важливе значення мають своєчасність призначення та проведення необхідних лікувально-оздоровчих заходів, комплексність, безперервність, етапність лікування, цілеспрямованість, урахування вікових особливостей, характеру та тривалості захворювання.

При групових методах лікування (лікувальна гімнастика, плавання) слід формувати групи з однорідною патологією, що сприяє зменшенню негативних емоційних реакцій, непевності, фізичної неповноцінності.

Слід приділяти належну увагу своєчасній корекції індивідуальних реабілітаційних програм і об'єднанню зусиль медичних працівників, педагогічного персоналу та батьків.

Відновлювальне лікування проводять у *самостійних відділеннях* дитячих поліклінік, де застосовуються лікувальна гімнастика, плавання, механотерапія, гідрокінезотерапія, фізіотерапія, інгаляція аерозолів, масаж, лікувальна хореографія. Такі відділення можуть обслуговувати дітей тільки одного адміністративного району міста чи кількох районів або навіть усього міста.

Для посилення контролю за лікуванням створюється *реабілітаційна комісія* у складі завідувача відділення, фізіотерапевта, лікаря з лікувальної фізичної культури. Якщо необхідно, залучаються лікарі інших фахів. Комісія здійснює відбір дітей, розробку індивідуальних планів, контроль за проведенням лікування.

Відновлювальне лікування дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах, як правило, є тривалим і складається з багатьох курсів.

До контингентів, котрі найчастіше його потребують, належать діти із захворюваннями органів дихання (хронічні пневмонія, бронхіт, бронхіальна астма), нервової системи (дитячий церебральний параліч, неврити), природжені та набуті хвороби опорно-рухового апарату (переломи, природжені вивихи стегна, дисплазія кульшового суглоба, кривошия).

На сучасному етапі поряд з розвитком стаціонарів удома набули поширення денні стаціонари (спеціалізовані чи багатопрофільні).

Вивчення роботи денних стаціонарів для дорослих показує доцільність і ефективність цієї організаційної форми надання лікувально-профілактичної допомоги. Цей досвід поширюється на медичне забезпечення дітей.

Денні стаціонари використовують для оздоровлення диспансерних хворих дітей та підлітків групи ризику.

До складу денного стаціонару входять палати, маніпуляційна, кабінет лікаря, кімнати для ігор і для прийому їжі тощо.

Методичними рекомендаціями Українського науково-дослідного інституту охорони здоров'я дітей та підлітків (1998 р.) визначені показання для госпіталізації до денних стаціонарів дітей із хронічними захворюваннями в стадії загострення, з неускладненим перебігом, у стані ремісії, а при деяких гострих хворобах органів дихання - в період зменшення запальних проявів.

Лікування в денних стаціонарах поліклінік протипоказано хворим, які потребують цілодобового спостереження та медичного догляду, суворого дотримання постільного режиму. Воно сприяє запобіганню чи зменшенню стресових станів у госпіталізованих дітей при цілодобовому перебуванні в стаціонарі. Це сприяє також раціональному використанню матеріально-технічних і фінансових ресурсів лікарні.

У медичному забезпеченні дітей важливе місце посідає *стаціонарна допомога*.

Потреба в стаціонарній допомозі виникає при необхідності в постійному лікарському спостереженні за хворою дитиною, в проведенні комплексного інтенсивного лікування та досліджень, які неможливо здійснити в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Стаціонарна допомога надається в різних лікарнях, медичних центрах, диспансерах. Діти отримують її в *дитячих лікарнях* (багатопрофільних або спеціалізованих). Стаціонарну допомогу дітям надають також дитячі відділення загальних лікарень.

Основним завданням дитячої лікарні (відділення) є надання висококваліфікованої допомоги в достатньому обсязі та належної якості.

До структури стаціонару входять різні підрозділи (мал. 12).

У великих стаціонарах створюють відділення для недоношених дітей та для хворих новонароджених дітей.

Наявність спеціалізованих відділень та їх профіль визначають на підставі місцевих умов, особливостей захворюваності, вікового складу дітей та раціональної диференціації лікарняних ліжок.

Важливу роль в організації роботи стаціонару відіграє *приймальне відділення*. Воно забезпечує:

- медичний огляд, заповнення первинної документації, розподіл дітей у відповідні відділення;
- ізоляцію дітей, які були в контакті з інфекційними хворими;
- надання першої невідкладної допомоги;
- санітарну обробку;
- облік руху хворих у стаціонарі;
- довідково-інформаційні функції;
- виписку зі стаціонару.

Головний лікар

Приймальне
відділення

Лікувальні відділення

Соматичні для дітей віком		
до 1 року	від 1 до 3 років	від 3 до 5 років

Спеціалізовані	
	Хірургічне
→	Отоларингологічне
	Неврологічне
	Інші

Інші підрозділи

Лікувально-
допоміжні
підрозділи

Діагнос-
тичні
підроз-
діли

Архів

Кухня

Патолого-
анатомічне
відділення

І Пральня І

Мал. 12. Структура стаціонару дитячої багатопрофільної лікарні.

Для виконання цих завдань приймальне відділення повинно мати достатню пропускну спроможність. Розраховувати її слід, виходячи з того, що до лікарні протягом доби поступає приблизно 8 % дітей від загальної кількості ліжок. Ізольований прийом кожної дитини можна здійснювати за наявності боксів. Із загальної кількості боксів 1/3 використовується для прийому дітей, а 2/3 для ізоляції.

В невеликих лікарнях при відсутності мельцерівських боксів, приймальне відділення повинно мати не менше двох ізольованих кабінетів для огляду дітей із приміщенням для санітарної обробки.

У великих дитячих лікарнях (понад 200 ліжок) прийом хворих проводить спеціальний персонал приймального відділення (лікар, медична сестра, черговий лаборант для термінових аналізів, санітарка), в невеликих лікарнях - черговий персонал.

Лікар приймального відділення оглядає пацієнта, направляє його у відповідне відділення, записує до медичної карти стаціонарного хворого дані анамнезу, призначає режим і дієту.

Приймальне відділення відіграє значну роль у наданні невідкладної допомоги дитині, яка поступає до стаціонару у важкому стані. У відділенні слід передбачити все для надання першої допомоги. Приймальне відділення здійснює облік хворих, забезпечує зв'язок лікарні з поліклінікою, СЕС, батьками.

Планова госпіталізація передбачає наявність докладної виписки з історії розвитку дитини, з зазначенням тривалості та особливості захворювання, проведеного лікування, аналізів, відомостей про контакт дитини з інфекційними хворими. При виявленні в приймальному відділенні інфекційного захворювання заповнюють екстрене повідомлення та направляють його до СЕС.

При відмові від госпіталізації лікар приймального відділення надає дитині необхідну медичну допомогу, робить відповідний запис в журналі відмовлень у госпіталізації (причина, надана допомога), сповіщає про це поліклініку.

Персонал приймального відділення одержує інформацію про наявність вільних місць від старшої медичної сестри лікарні, надає довідки батькам про стан здоров'я дітей.

У великих лікарнях створюються *ізоляційно-діагностичні відділення*. Для цього використовують приблизно 2/3 боксів. У ці відділення госпіталізують дітей із нез'ясованим діагнозом, з ускладненим епідеміологічним анамнезом, при підозрі на наявність гострих інфекційних захворювань. Якщо діти захворіли на інфекційні захворювання в стаціонарі, їх також направляють до цього відділення.

Лікувальні відділення розраховані на 40-60 ліжок з ізольованими одна від одної палатними секціями на 20-30 ліжок.

Палати мають бути невеликими, на 3-4 ліжка, що дозволяє заповнювати їх одночасно з урахуванням віку та захворювання дитини.

Досвід роботи багатьох кращих дитячих лікарень довів необхідність створення палатних секцій для недоношених та новонароджених у вигляді ізольованих блоків з боксами на одне ліжко.

До палатного блоку входять 8 боксів зі скляними перегородками та загальним шлюзом, де перебуває чергова медична сестра.

В кожному блоці передбачено підведення кисню, гарячої та холодної води. В секції для недоношених є спеціальне обладнання (кювети, монітори тощо).

Враховуючи високу сприйнятливості новонароджених до інфекцій, обслуговуючий персонал приступає до роботи після зміни взуття, верхнього одягу та прийняття душу та працює в масках.

Під час лікування дітей у стаціонарі матері надається можливість перебувати разом із дитиною в спеціальних відділеннях сумісного перебування матері та дитини в лікарні.

Санітарно-гігієнічні вимоги до палат такі: на одну дитину має припадати не менше 6 м² корисної площі, обов'язкове вологе прибирання з використанням дезінфікуючих розчинів приміщення та столика для сповивання дітей.

У відділенні для недоношених і хворих новонароджених повинен працювати спеціально підготовлений персонал, обізнаний з віковими особливостями дітей, навичками вигодовування таких дітей та догляду за ними.

На сучасному етапі важливим є створення необхідних підрозділів для надання медичної допомоги новонародженим. Основними з них є відділення недоношених, патології новонароджених, неонатальної неврології та хірургії, інтенсивної терапії.

Всі інші відділення дитячої лікарні, незалежно від віку дітей, повинні мати можливість ізолювати хворих в 1-2-ліжкові палати-напівбокси.

Заповнюючи палати, слід дотримуватися принципу одномоментного прийому хворих для попередження одночасного перебування в них дітей, котрі щойно поступили до лікарні та таких, що одужують.

У відділеннях для старших дітей передбачено їдальні, кімнати для ігор, шкільних занять. Це важливо насамперед у тих відділеннях, де діти проходять тривале лікування (ревматологічне, нефрологічне тощо).

У дитячих лікарнях створюють також *реанімаційні відділення* чи палати інтенсивної терапії, в тому числі для новонароджених.

Реанімація може здійснюватися лише в разі постійного контролю за показниками організму, а тому потребує достатнього обсягу експрес-методів біохімічних досліджень.

У будь-якому відділенні дитина перебуває під наглядом *лікар-ординатора*, який обстежує її, встановлює діагноз, визначає план лікування, перевіряє правильність та своєчасність виконання всіх призначень медичною сестрою, проводить санітарно-освітню роботу. Він бере участь в обході хворих разом із завідувачем відділення.

Важкохворі діти, незалежно від віку, потребують індивідуального режиму для підтримання емоційного тону, що сприятливо впливає на перебіг хвороби.

У великих лікарнях вводяться посади *педагогів-методистів*, які проводять і організують виховну роботу.

Дотримання необхідного режиму можливе тільки в разі чіткої організації роботи медичного персоналу відділення, яку контролює лікар-ординатор. Дані про перебіг хвороби, стан здоров'я дитини, її лікування, харчування, режим лікар-ординатор занотовує до медичної карти стаціонарного хворого, витрачаючи на це досить багато робочого часу. Для зменшення цих витрат практикують запровадження диктофонного методу ведення документації. Досвід багатьох лікувальних закладів свідчить про те, що цей метод досить результативний (скорочує витрати часу лікаря на письмову роботу в середньому на 33 %).

У багатьох стаціонарах запроваджено спеціальні листки призначень, які, зі слів лікаря, заповнює медична сестра під час обходу хворих. При виконанні

призначень медична сестра робить у цьому листку відповідну позначку та після заповнення підклеює листок до медичної карти стаціонарного хворого.

Витрати часу на формування відповідної інформації можуть бути істотно скорочені при застосуванні персональних комп'ютерів.

Керує всією роботою відділення *завідувач*, який контролює роботу лікарів-ординаторів, розглядає з ними всі складні для діагностики та лікування випадки, скликає консилиум. Під його керівництвом і за його участю підвищують кваліфікацію лікарі та середній медичний персонал.

Завідувач оглядає щойно госпіталізованих і важкохворих, здійснює щоденний обхід і розбір інформації про окремих хворих з ординаторами відділення, проводить щотижневий консультативний прийом у поліклініці, організовує обговорення кожного випадку летальності у відділенні, аналізує історії хвороби всіх виписаних хворих і показники обсягу та якості роботи підрозділу.

До його обов'язків відноситься робота з батьками. Щоб не порушувати розпорядку роботи відділення, виділяють відповідні години для прийому батьків. Прийом завідувачем відділення краще планувати на другу половину дня, не менше 3 разів на тиждень, узгоджуючи цей графік із днями та годинами прийому батьків ординаторами, що дозволить завідувачу проаналізувати причини звертань батьків і допомогти ординаторам.

Завідувач входить до складу ради лікарні, проводить консультативну роботу за її межами, бере участь у методичній роботі стаціонару.

Графіки роботи медичних сестер та санітарок слід складати з розрахунком забезпечення більшої безперервності в спостереженні за хворими дітьми однією і тією ж медичною сестрою.

У роботі лікарень практикуються дво- та тризмінні чергування. При двозмінному чергуванні зміна сестер відбувається двічі на добу, з чергуванням по 12 год удень і вночі та одним вихідним днем після денного та двома днями після нічного чергування. Найбільш доцільним є тризмінний графік, при цьому вранці та вдень працюють одні й ті самі особи, а медичні сестри, котрі чергують уночі, працюють позмінно. Недоліком його є часта зміна персоналу.

При здачі чергування медичні сестри повинні обійти палати, передати відомості про важкохворих дітей. Передача нічного чергування має відбуватися в присутності старшої медичної сестри.

Старша медична сестра - головна помічниця завідувача відділення. Вона керує роботою середнього і молодшого медичного персоналу, відповідає за належний порядок, відповідає за безперебійне постачання медикаментів, обладнання, матеріалу для перев'язок. Вона виконує деякі адміністративні обов'язки: здійснює зв'язок з іншими відділеннями лікарні та різними закладами, викликає за вказівкою лікаря фахівців на консилиум, встановлює порядок направлення хворих на окремі процедури та на обстеження.

Розпочинаючи роботу до зміни палатних сестер, старша медична сестра перевіряє санітарний стан відділення, наявність медикаментів, білизни,

обліковує їх, інформує завідувача, одержує від нього вказівки, бере участь в обході хворих.

У структурі дитячої лікарні є *патологоанатомічне відділення*. При наявності в місті кількох дитячих лікарень воно може функціонувати на базі однієї з них, забезпечує розтини трупів дітей, у т.ч. померлих новонароджених і мертвонароджених, а також взяття біопсійного та операційного матеріалу.

Медичне обслуговування дітей, які мешкають у *сільській місцевості*, здійснюється на *загальних засадах*. Відмінності у формах організації різних видів медичної допомоги зумовлені особливостями розселення сільського населення, щільністю населення, станом шляхів тощо.

Лікувально-профілактичну допомогу дітям забезпечують заклади сільської лікарської дільниці, районні, обласні лікарні та диспансери.

Значна частина сільських дітей перебуває під систематичним спостереженням фельдшера чи медичної сестри. Для підвищення кількості лікарських відвідувань важливо укомплектувати всі сільські лікарські дільниці педіатрами, підвищувати кваліфікацію з педіатрії терапевтів, оскільки вони також беруть участь у наданні медичної допомоги дітям.

Важливе значення має розвиток пересувних і виїзних форм обслуговування дітей, організацію яких забезпечує центральна районна лікарня (ЦРЛ). Спеціалісти ЦРЛ виїждять на сільські лікарські дільниці згідно зі сталими графіками.

В умовах недостатнього укомплектування сільських лікарських дільниць лікарями-педіатрами лікувально-профілактичну роботу серед дітей здійснюють лікарі загального профілю та середні медичні працівники.

Головний лікар сільської лікарні відповідає за медичне забезпечення дітей на дільниці. Організаційно-методичне керівництво його роботою здійснює *районний педіатр*.

Медичне спостереження за дітьми раннього віку в сільській місцевості здійснює акушерка, за старшими дітьми - фельдшер.

Їх обов'язки:

- щорічний перепис дітей віком до 15 років при подвірних обходах;
- облік новонароджених, прибулих з іншого місця проживання;
- патронажні відвідування новонародженого: в перші 3 дні після виписки з пологового будинку, в 2 тижні та у віці одного місяця, щомісячне спостереження протягом першого року (число спостережень залежить від стану здоров'я дитини);
- контроль за фізичним розвитком дітей (систематичне зважування та вимірювання);
- при захворюванні особливо дітей раннього віку обов'язкова консультація з дільничним лікарем, своєчасна госпіталізація до дільничної чи районної лікарні;
- систематичний патронаж дітей, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу гіпотрофії, рахіту, захворювань травної системи, ревматизму,

туберкульозної інтоксикації, після гострих захворювань, недоношених і дітей, що перебувають на штучному вигодовуванні або ранньому прикормі;

- обладнання в приміщенні ФАП "Куточка дитини", де мають бути терези, ростомір, стіл для сповивання, виставка предметів догляду за дитиною та санітарно-освітня література;

- своєчасне проведення профілактичних щеплень та їх облік;
- лікувально-профілактична та санітарно-протиепідемічна робота в дошкільних закладах і школах;
- санітарно-освітня робота;
- протитуберкульозна робота серед дітей.

Спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям у ЦРЛ забезпечують 4-6 фахівців, а також 18-20 спеціалістів, які обслуговують доросле населення. Їм виділяють певні години для прийому дітей.

Центром висококваліфікованої спеціалізованої допомоги дітям є *дитяче відділення обласної поліклініки чи обласна дитяча лікарня.*

Важлива роль в організації медичної допомоги дітям у сільській місцевості належить *районному педіатру.* До його функцій відносяться:

- консультативна допомога працівникам дитячих закладів районного центру, сільських лікарських дільниць з питань організації медичної допомоги дітям;

- відвідування ФАПів і сільських лікарень (амбулаторій), огляд здорових і консультація хворих дітей, перевірка своєчасності проведення профілактичних щеплень та санітарно-протиепідемічних заходів;

- контроль за проведенням диспансерного нагляду за дітьми, насамперед першого року життя;

- складання спільно із СЕС плану протиепідемічних заходів, спрямованих на боротьбу з дитячими інфекційними захворюваннями, участь у його виконанні.

- організація профілактичних щеплень дітям;

- забезпечення підвищення кваліфікації з педіатрії для лікарів сільських дільниць, патронажних сестер, медичних працівників дитячих дошкільних закладів і шкіл;

- проведення семінарів, конференцій середніх медичних працівників району, які надають медичну допомогу дітям;

- відвідування дитячих дошкільних закладів, контроль за їх діяльністю;

- систематична робота в організаційно-методичному кабінеті ЦРЛ, аналіз звітів дитячих лікувально-профілактичних закладів, вивчення та оцінка стану здоров'я дітей сільського району та діяльності ЛПЗ, узагальнення отриманих даних і розробка конкретних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги;

- залучення представників місцевих органів влади, громадських організацій, активу Товариства Червоного Хреста до проведення заходів, спрямованих на поліпшення медичної допомоги дітям.

Контрольні питання

1. Посадові особи управлінського персоналу дитячої лікарні, їх функції.
2. Основні розділи роботи дитячих поліклінік.
3. Структурні підрозділи дитячої поліклініки, формування штатів дитячих поліклінік.
4. Завдання реєстратури та кабінету долікарського прийому.
5. Зміст роботи кабінету (відділення) здорової дитини.
6. Завдання та зміст роботи дільничного педіатра.
7. Основні обов'язки дільничної медичної сестри.
8. Суть протиепідемічної роботи дитячої поліклініки.
9. Зміст роботи кабінету щеплень.
10. Організація роботи завідувача педіатричного відділення поліклініки.
11. Заходи, здійснювані медичним персоналом з питань підготовки дітей до відвідування дошкільних закладів і школи.
12. Основні обов'язки педіатра та медичної сестри дошкільних закладів.
13. Обов'язки шкільного лікаря та середнього медичного персоналу.
14. Суть і організація відновлювального лікування.
15. Завдання денного стаціонару та показання для лікування дітей у цьому підрозділі.
16. Структурні підрозділи стаціонару дитячої багатoproфільної лікарні.
17. Функції приймального відділення.
18. Особливості госпіталізації хворих дітей, організація лікувального процесу в стаціонарі.
19. Функції завідувача відділення стаціонару.
20. Забезпечення сільського населення в організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.
21. Функції районного педіатра.

Розділ 9. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

9.1. Облік і звітність, показники діяльності, їх оцінка

Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів і медичного персоналу. Проведення його є однією із складових частин процесу управління, що потребує оптимального інформаційного забезпечення.

В лікувально-профілактичних закладах циркулює численна інформація щодо хворих, використання ресурсів (ліжок по відділеннях, лікувально-діагностичних і допоміжних підрозділів), коштів.

Відповідні дані про всі розділи роботи можна отримати з облікових документів, затверджених МОЗ України.

Лікарі *амбулаторій та поліклінік* заповнюють низку облікових документів, основними з них є:

- медична карта амбулаторного хворого (ф. № 025/01);
- історія розвитку дитини (ф. № 112/0);
- статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/0);
- талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/0, 025-7/0);
- контрольна карта диспансерного спостереження (ф. № 030/0);
- екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (ф. № 058/0).

До основних облікових документів *стаціонару* належать:

- медична карта стаціонарного хворого (ф. № 003/0);
- статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф. № 066/0);
- журнали обліку прийому хворих в стаціонар (ф. № 001/0);
- журнал відмовлень у госпіталізації (ф. № 001-і/о);
- журнал запису оперативних втручань у стаціонарі (ф. № 008/0);
- протокол (карта) патологоанатомічного дослідження (ф. № 013/0);
- історія пологів (ф. № 096/0);
- карта розвитку новонароджених (ф. № 102/0).

У поліклінічних і стаціонарних закладах хворим видають:

- листок непрацездатності;
- довідку про тимчасову непрацездатність.

Основним обліковим документом у поліклініці є "Медична карта амбулаторного хворого", яка заводиться на кожного мешканця району діяльності поліклініки, що звернувся за медичною допомогою.

Її складовою частиною є *листок запису заключного діагнозу* — дані до нього заносяться одночасно з внесенням у статистичний талон заключного діагнозу.

Основним обліковим документом для стаціонару є "Медична карта стаціонарного хворого" ("історія хвороби"), на основі якого заповнюється статистична карта вибулого зі стаціонару.

Відповідно до наказу МОЗ України № 130 від 04.09.92 р. *статистична звітність* поділяється на:

/. Державну:

- Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання (ф. № 1).
- Звіт про профілактичні щеплення (ф. № 5).
- Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (ф. № 12).
- Звіт про медичне обслуговування населення, яке підпало під радіацію в зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС і підлягає включенню в Державний розподільчий реєстр (ф. № 15).
- Звіт лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20).
- Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям (ф. № 21).

//. Галузеву:

- Звіт про медичну допомогу дітям (ф. № 31 - здоров).
- Звіт про хворих на туберкульоз (ф. № 33 - здоров).
- Звіт про хворих на злоякісні новоутворення (ф. № 35 - здоров).
- Звіт про кількість травм, опіків і отруень серед дорослих, підлітків і дітей (ф. № 50 - здоров).

Дані облікових документів є основою для аналізу діяльності закладу, підрозділу, окремого спеціаліста за певний звітний період. Вони необхідні також для оперативного керівництва роботою.

Інформація може записуватися як на паперових носіях, так і в комп'ютерній базі даних. У закладах охорони здоров'я та органах управління накопичено значний досвід автоматизованого обліку інформації, що дозволяє розширити можливості аналізу при зменшенні затрат часу на обробку отриманих даних.

Звіт складають *лікарі-статистики та методисти*, статистики, які працюють у кабінетах обліку та медичної статистики чи в інформаційно-аналітичних відділах районних (міських) лікарень, поліклінік.

На основі звітних даних обчислюють і аналізують відповідні показники за участю керівників закладу та відповідних підрозділів.

Розробка та аналіз статистичної інформації дозволяє лікарям оцінювати обсяг діяльності, якість і ефективність лікування, стан здоров'я населення.

Керівники закладу та підрозділів мають змогу оперативно управляти закладом, своєчасно розробляти заходи щодо поліпшення організації медичного забезпечення населення.

Оцінка діяльності поліклініки, стаціонару проводиться за такою схемою:

- загальні дані про лікарню та її підрозділи;
- організація роботи поліклініки, стаціонару;
- якість діагностики та лікування.

Їх робота значною мірою висвітлена в звітні лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20).

За даними звіту ЛПЗ (ф. № 20) визначають тип закладу, його підпорядкування, потужність, структуру, обладнання відділень (кабінетів).

Для визначення показників здоров'я та обсягу допомоги необхідні дані про чисельність населення, яке обслуговується даним ЛПЗ, розподіл його за віком і контингентами, що підлягають профілактичним оглядам.

Аналіз даних / розділу - "Штати закладу" дозволяє оцінити:

- укомплектованість лікарні (окремо поліклініки та стаціонару) лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом:

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад лікарів (середнього та іншого медичного персоналу)} \cdot 100}{\text{Кількість штатних посад лікарів (середнього та іншого медичного персоналу)}}$$

- коефіцієнт сумісництва (виходячи з того, що працівник може виконувати роботу як у більшому обсязі, передбаченому нормативами, так і в меншому обсязі, наприклад, 1,25 або 0,5 посади):

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад} \cdot 100}{\text{Кількість фізичних осіб}}$$

За даними // розділу - "Діяльність поліклініки (амбулаторії)" визначається низка показників поліклінічної допомоги:

- середнє число відвідувань лікарів на одного жителя:

$$\frac{\text{Кількість відвідувань лікарів}}{\text{Чисельність населення}}$$

(аналогічно обчислюється середнє число відвідувань лікарями вдома);

- питома вага профілактичних відвідувань:

$$\frac{\text{Кількість профілактичних відвідувань лікарів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість відвідувань лікарів всього}}$$

- повнота охоплення профілактичними оглядами різних контингентів населення (окремо по кожній групі):

$$\frac{\text{Кількість оглянутих} \cdot 100}{\text{Кількість осіб, які підлягали оглядам}}$$

Обчислюють питому вагу жінок, оглянутих в оглядових кабінетах із застосуванням цитологічного дослідження.

За даними діяльності пункту невідкладної медичної допомоги визначають число виїздів на 1000 населення:

$$\frac{\text{Число всіх виїздів} \cdot 1000}{\text{Чисельність населення}}$$

Стосовно диспансерної роботи визначають розподіл ветеранів війни та осіб, прирівнених до них щодо пільг, за групами інвалідності, фахом лікарів, які здійснюють спостереження.

Для оцінки хірургічної роботи амбулаторно-поліклінічного підрозділу визначають:

- розподіл оперативних втручань за видами, наприклад:

$$\frac{\text{Кількість операцій на органах вуха, горла, носа} \cdot 100}{\text{Загальна кількість всіх проведених операцій}}$$

Матеріали розділу III - "Діяльність стаціонару" - дозволяють визначити показники використання ліжкового фонду:

- середньорічна зайнятість ліжка:

$$\frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}}$$

- середня тривалість перебування хворого в лікарні:

$$\frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Кількість хворих, що вибули зі стаціонару (сума виписаних і померлих)}}$$

- обіг ліжка, тобто середнє число хворих, які перебували на одному ліжку:

$$\frac{\text{Кількість хворих, що пройшли через стаціонар}}{\text{Середньорічне число ліжок}}$$

Показники обчислюються загалом для стаціонару, а також для всіх його відділень.

- Середня кількість операцій на одну зайняту посаду хірурга:

$$\frac{\text{Кількість проведених операцій}}{\text{Кількість посад хірургів у поліклініці}}$$

Для стаціонару проводять також аналіз показників летальності (загального, для відділень, при окремих захворюваннях):

$$\frac{\text{Кількість померлих хворих} \cdot 100}{\text{Кількість виписаних} + \text{кількість померлих}}$$

Звіт дозволяє також провести досить детальний аналіз середньої тривалості перебування в стаціонарі та летальності, за класами та окремими захворюваннями для певних вікових груп.

З метою оцінки хірургічної роботи стаціонару визначають такі показники:

- кількість оперативних втручань загалом і за окремими видами на 100 хірургічних ліжок;
- структура оперативних втручань;
- використання апаратури при операціях (лазерної, криогенної, ендоскопічної).

Окремо визначають післяопераційну летальність:

Кількість померлих оперованих хворих • 100

Кількість оперованих хворих

Післяопераційну летальність доповнюють відповідними показниками при окремих операціях, а також летальністю оперованих хворих при загальній анестезії.

Оцінка термінової хірургічної допомоги проводиться за даними показників пізньої госпіталізації від початку захворювання:

Кількість хворих, доставлених до стаціонару пізніше 24 годин • 100

Кількість хворих, доставлених для надання термінової допомоги

Визначають також летальність серед оперованих і неоперованих хворих, доставлених у стаціонар своєчасно та з запізненням.

Оцінка діяльності *лікувально-допоміжних підрозділів* поліклініки проводиться відносно до числа амбулаторних і відвідувань вдома чи відносно до стаціонарних хворих.

Кількість фізіотерапевтичних процедур амбулаторним хворим • 100

Кількість відвідувань поліклініки

Кількість фізіотерапевтичних процедур

Кількість осіб, які закінчили лікування

Кількість фізіотерапевтичних процедур

Кількість осіб, що виписалися зі стаціонару

Аналогічно обчислюють показники діяльності кабінету ЛФК.

За даними роботи *діагностичних відділень* визначають:

- Середнє число рентгенологічних досліджень на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога.
- Кількість рентгенологічних досліджень на 100 поліклінічних відвідувань і одного стаціонарного хворого.
- Кількість флюорографічних досліджень на 1000 дорослого (підліткового) населення.
- Середня кількість ультразвукових досліджень на одну зайняту посаду лікаря УЗД.
- Середня кількість ендоскопічних досліджень (всього та по окремих видах) на одну зайняту посаду лікаря-ендоскопіста.

- Кількість функціональних обстежень на 100 відвідувань у поліклініці (включаючи хворих удома) та на одного госпіталізованого.
- Число проведених аналізів на 100 відвідувань у поліклініці (включаючи хворих удома) та на одного госпіталізованого.

Амбулаторно-поліклінічні заклади також складають *звіт про захворювання, зареєстровані у населення району обслуговування* (ф. № 12).

Обчислюють і аналізують показники загальної захворюваності (див. розділ 4 підручника).

Їх можна визначити для окремих захворювань, у т. ч. у розрізі певних вікових груп:

- Серед дітей (до 14 років включно), окремо серед хлопчиків і дівчаток.
- Серед підлітків (15-17 років включно), окремо серед юнаків і дівчат.
- Серед дорослого населення (18 років і старші), окремо серед чоловіків і жінок.
- Серед населення працездатного віку (чоловіків від 18 до 60 років, жінок від 18 до 55 років).
- Серед населення старше працездатного віку (чоловіки 60 років і старші, жінки 55 років і старші).

За даними окремих звітів визначають і аналізують особливості стану здоров'я певних контингентів, організацію їх медичного обслуговування.

Медичну допомогу вагітним, роділлям, породіллям за даними ф. № 21 характеризують показники, які дозволяють оцінити:

/. *Динамічне спостереження за вагітними жінками:*

- своєчасне взяття вагітних на облік:

$$\frac{\text{Кількість жінок, які звернулись до консультації зі строком вагітності до 12 тижнів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість вагітних, взятих консультацією під спостереження}}$$

- частота обстеження терапевтом жінок, у яких закінчилась вагітність:

$$\frac{\text{Кількість вагітних, оглянутих терапевтом} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- повнота проведення досліджень на реакцію Васермана, СНІД, УЗД тощо:

$$\frac{\text{Кількість обстежених} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- середнє число відвідувань вагітними консультації.

2. *Стан здоров'я вагітних:*

- частота екстрагенітальних захворювань:

$$\frac{\text{Кількість захворювань на хвороби системи кровообігу, анемії тощо} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- частота пізніх токсикозів:

$$\frac{\text{Кількість пізніх токсикозів} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- частота передчасних пологів:

$$\frac{\text{Кількість передчасних пологів} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- частка нормальних пологів:

$$\frac{\text{Кількість нормальних пологів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість прийнятих пологів}}$$

- частота ускладнень пологів:

$$\frac{\text{Кількість окремих ускладнень пологів і післяпологового періоду} \cdot 100}{\text{Кількість прийнятих пологів}}$$

Визначають також питому вагу нормальних, ускладнених і передчасних пологів.

Обчислюють відсоток мимовільних і абортів за медичними показаннями.

3. Стан здоров'я новонароджених:

- частка дітей з низькою масою тіла:

$$\frac{\text{Кількість народжених з масою тіла до 2500 г} \cdot 100}{\text{Кількість живонароджених}}$$

- захворюваність новонароджених:

$$\frac{\text{Кількість окремих захворювань новонароджених} \cdot 100}{\text{Кількість дітей, які народилися живими}}$$

- рання неонатальна смертність:

$$\frac{\text{Кількість померлих у віці перших повних 7 днів} \cdot 100}{\text{Кількість живонароджених}}$$

Захворюваність, ранню неонатальну смертність і летальність можна обчислювати окремо для доношених і недоношених новонароджених.

Аналіз даних, представлених у звіті *про медичну допомогу дітям (ф. № 31 - здоров)*, дозволяє оцінити:

- захворюваність дітей першого року життя:

$$\frac{\text{Кількість зареєстрованих хвороб} \cdot 100}{(\text{Кількість дітей, які поступили під спостереження в звітному році}) + \text{кількість дітей, що перебувають під спостереженням на кінець звітного року)}: 2$$

- частка дітей, що знаходились на грудному годуванні окремо до трьох і шести місяців:

$$\frac{\text{Кількість дітей, що знаходились на грудному годуванні} \cdot 100}{\text{Кількість дітей, що досягли одного року}}$$

• частота патології, виявленої при профілактичних оглядах (зі зниженням гостроти слуху та зору, з дефектами мови, зі сколіозом, з порушенням постави):

Кількість виявлених порушень • 1000

Кількість оглянутих

Ці показники обчислюють відносно до всіх дітей у віці до 14 років включно, а також окремо у дітей дошкільного віку та учнів 2-8 класів.

Крім вказаних показників при аналізі здоров'я дітей та організації медичної допомоги використовують показники, які обчислюють за даними звіту лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20), звіту про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (ф. № 12) і звіту про профілактичні щеплення (ф. № 5).

9.2. Методика оцінки якості медичної допомоги

За даними звіту лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20) неможливо оцінити багатопланову діяльність його структурних підрозділів і спеціалістів. Повноцінний аналіз вимагає використання первинних облікових документів для визначення окремих показників здоров'я населення, які обслуговуються відповідним закладом, і ефективності діяльності лікарні та її підрозділів.

Для характеристики діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів було запропоновано використовувати *талон амбулаторного пацієнта*, розроблений і апробований у 80-х роках при проведенні економічного експерименту (Кемеровська область, Казахстан, м. Ленінград). У подальшому, після певних коректив він був застосований при проведенні аналогічного експерименту в Україні і продовжує використовуватися.

Облікові ознаки (реквізити) талона амбулаторного пацієнта мають багатофункціональне призначення. За ними можна отримати інформацію стосовно:

а) пацієнта: стать, вік, місце проживання, ставлення до праці, диспансеризація, інвалідність, тимчасова втрата працездатності;

б) лікаря: код фахівця, який почав і закінчив лікування; обсяг і види допомоги; диспансерне спостереження ("Д");

в) захворюваності: уперше в житті зареєстроване гостре захворювання, новий випадок хронічного чи відомого раніше хронічного захворювання, його загострення;

г) обсягу поліклінічної допомоги: обсяг роботи кожного, групи спеціалістів, відділення поліклініки; обсяг поліклінічної допомоги на кожний випадок обслуговування пацієнта сукупно, на кожну особу, яка звернулась до поліклінічного закладу;

д) мети обслуговування: лікувально-діагностична, консультативна, диспансерне спостереження, профілактичний огляд, медико-соціальна, інші;

е) випадку обслуговування: первинний або повторний;

ж) наявності втрати працездатності та її строків;

з) результативності обслуговування (випадок закінчений, не закінчений). Введено також поняття "закінченість" випадку поліклінічного обслуговування.

Закінченим вважається випадок, коли досягнута мета звернення (лікар зробив все, що від нього залежало).

Певне число випадків залишається незакінченим:

- з провини хворого (не побажав з'явитись до лікаря, незважаючи на його наполегливі звертання);
- в зв'язку з незадовільною організацією лікувально-діагностичного процесу в поліклініці (відсутність консультантів, неспроможність провести потрібне дослідження).

Дані талона амбулаторного пацієнта можуть бути основою для формування потоків у системі інформаційного забезпечення керівників лікувально-профілактичних закладів, структурних підрозділів, окремих фахівців. Ця інформація дозволяє створювати банк даних звертань пацієнтів за амбулаторно-поліклінічною допомогою, отримувати характеристики на фізичну особу (протягом багатьох років) про захворюваність і поширеність окремих захворювань, диспансерне спостереження за різними групами населення, роботу денних стаціонарів і оперативні втручання в поліклініці; захворюваність із тимчасовою та стійкою втратою працездатності.

На основі цієї інформації можна визначати показники діяльності поліклініки та здоров'я населення (табл. 1).

Таблиця 1

Дані про роботу поліклініки (за даними талона амбулаторного пацієнта)

Показники діяльності поліклініки	Показники здоров'я населення
Середня кількість відвідувань на одного жителя за рік (всього та по окремих спеціальностях)	Первинна захворюваність
Середня кількість відвідувань на один випадок поліклінічного обслуговування	Загальна захворюваність
Структура відвідувань залежно від цілей	Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності
Середня кількість закінчених випадків на одну особу	Частота первинного виходу на інвалідність

У випадку розробки та впровадження модифікованих талонів амбулаторного пацієнта можна отримати додаткову інформацію, наприклад, про онкологічні профілактичні огляди, флюорографічне обстеження, щеплення населення, захворюваність чорнобильського контингенту тощо.

Ефективність управління діяльністю закладів охорони здоров'я визначається не тільки показниками обсягу їх роботи, потреба в яких не відпала, проте оцінювати їх потрібно у взаємозв'язку з показниками якості медичної допомоги.

Оцінка якості в системі охорони здоров'я є однією з актуальних проблем удосконалення медичного забезпечення. Складність її вирішення обумовлена

специфічністю галузі, діяльність якої спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, яке підпорядковане та залежить у більшій мірі від обсягу та якості медичної допомоги.

Зважаючи на необхідність постійної оцінки якості медичної допомоги, слід застосовувати деякі її *проміжні показники*, які не потребують значних зусиль і часу для визначення, відтворюють результати діяльності саме медичних працівників і закладів, суттєво впливають на кінцеві результати.

Наприклад, відсутність потреби в госпіталізації при багатьох хронічних захворюваннях пов'язана з якісним амбулаторним лікуванням і відповідальним ставленням пацієнта до власного здоров'я. З огляду на це, відсоток хронічних хворих, які потребували госпіталізації, є проміжним показником якості амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Проміжні показники необхідно зіставляти з вибраними *довгостроковими показниками*. Так, у наведеному вище прикладі більш довгостроковим показником буде частота ускладнень при хронічних хворобах або частота виходу таких хворих на інвалідність.

Існують різні підходи до визначення поняття "якості медичної допомоги", її складових частин тощо. Вона визначається не тільки рівнем науково-технічного забезпечення та спеціалізації, а власне організацією всього лікувально-діагностичного процесу, рівнем кваліфікації та професіоналізму медичного персоналу, дотриманням морально-етичних правил у його діяльності тощо.

За даними деяких робіт, під *якістю медичної допомоги* слід розуміти її відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів.

Виділяють такі складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки:

- структурна якість, тобто умови надання медичної допомоги;
- якість технології, при оцінці якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів, стосовно конкретного хворого;
- якість результату - коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів. До останніх результатів відносять динаміку стану здоров'я пацієнта, результати лікування всіх хворих за звітний період, окремі показники стану здоров'я населення певної території.

Оцінка якості медичної допомоги може ґрунтуватись на визначенні *сукупності результатів* профілактики, діагностики та лікування захворювань згідно з відповідними вимогами.

Вона передбачає потребу оцінки своєчасності та повноти обстеження, наступництва в роботі поліклініки та стаціонару, обґрунтованості госпіталізації, застосування сучасних методів діагностики та лікування в певному обсязі, здійснення систематичного аналізу діяльності відповідних підрозділів, стану забезпечення медичною технікою, медикаментами тощо.

Отже, необхідно оцінювати різні сторони лікувально-профілактичної діяльності за допомогою експертних оцінок.

Для визначення якості застосовують такі показники діяльності закладів охорони здоров'я:

- частота ускладнень чи загострень хвороби;
- результати лікування (покращання, погіршення стану, без змін);
- летальність;
- первинний вихід на інвалідність;
- зміни в структурі диспансерних груп.

Оцінка якості досить часто проводиться шляхом порівняння фактичних параметрів зі стандартами.

Спеціалістами Європейського регіонального бюро ВООЗ запропоновано такі *складові якості медичної допомоги*:

- ефективність (співвідношення між фактичною та максимальною дією, що можлива в ідеальних умовах);
- адекватність (задоволення потреб населення);
- економічність (співвідношення між фактичною дією та її вартістю);
- науково-технічний рівень (ступінь застосування відповідних знань і техніки при наданні медичної допомоги).

Складність проблеми оцінки якості та різноманітні підходи до її вирішення обумовили застосування різних методик.

На Всеросійській конференції "Пацієнти та лікарі за якість медичної допомоги" (Санкт-Петербург, червень 1994 р.) вказувалось, що оптимальна методика оцінки якості повинна відповідати таким вимогам:

- бути придатною для використання на будь-яких етапах надання медичної допомоги;
- зводити до мінімуму суб'єктивізм оцінки;
- відображати суть лікарської діяльності та визначати типові помилки лікарів;
- надавати можливість кількісної оцінки якості;
- визначати раціональність використання медичним закладом або лікарем існуючих ресурсів.

У практиці охорони здоров'я застосовують різні методики оцінки діяльності лікувально-профілактичних закладів.

Одна з них базується на використанні *моделей кінцевих результатів* діяльності (МКР), вона була розроблена та апробована в Російській Федерації (Кемеровська область, Санкт-Петербург) і застосовувалась в Україні.

Модель кінцевих результатів (МКР) - це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу.

Вона включає:

- показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);
- нормативні значення (НЗ) показників;
- шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності (ПР) максимально відображають кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Нормативи встановлюють з урахуванням:

- багаторічної динаміки показників у місті, регіоні, області;
- середнього рівня;
- темпів передбачуваних змін показника в результаті виконання відповідних організаційних і лікувально-профілактичних заходів.

Бажано, щоб норматив не менше ніж на 5 % перевищував найкращий попередній рівень. Це потребує значних зусиль і суттєвого поліпшення якості медичної допомоги.

За нормативи беруть похідні величини (відносні чи середні).

Відхилення від нормативних значень дозволяє оцінити досягнутий результат у відносних одиницях.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обгрунтовані скарги та ін.). Враховуються грубі порушення в роботі установ. ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Показники результативності та дефектів підбирають з урахуванням специфіки закладів.

Для кожного ПР експертним шляхом встановлюється оцінка досягнення нормативного значення від 1 до 10 балів, яка визначає відносну важливість його серед інших.

Для одиниці відхилення кожного ПР і ПД встановлено ціну в балах (табл. 2).

Таблиця 2

Зразок типової моделі кінцевих результатів

Найменування показників	Одиниця вимірювання	Нор- ма- тив	Оцінка в балах		
			нор- ма- тива	відхилення	
				знак	на одиницю вимірювання
Показники результативності					
Первинний вихід на інвалідність (на 10 тисяч населення)		40,0	4	—	1
Реабілітація інвалідів	% до тих, що мають інвалідність	12	3	+	1
Рівень якості лікування	% від стандарту	100	5	+	0,05
Середня тривалість лікування в стаціонарі	День	12	6	—	0,3
Показники дефектів					
Обрунтовані скарги	На 10000 населення	—	—	-	0,3
Виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях	На 10000 населення	—	—	—	0,1

"Вартість" досягнення нормативів встановлюється для кожного показника та відображує рангову значущість цього показника серед інших.

Показник результативності (ПР) визначається за формулою:

$$ПР = НЗ + (ФП - НП) \cdot ОВ, \text{ де}$$

ПР - показник результативності;

НЗ - нормативне значення даної моделі в балах;

ФП - фактичний показник;

НП - нормативний показник;

ОВ - одиниця вимірювання.

Розглянемо методику визначення ПР і ПД, якщо фактичні дані в якомусь лікувально-профілактичному закладі становили:

- первинний вихід на інвалідність - 42,0 на 10 тисяч населення;
- реабілітація інвалідів - 12,4 %;
- рівень якості лікування — 85 %;
- середня тривалість перебування на лікарняному листку - 12,5 днів;
- частота обгрунтованих скарг - 3,0 на 10 тисяч;
- частота виявлення хворих на туберкульоз - 2,0 на 10 тисяч.

У наведеному прикладі для першого показника результативності - первинного виходу на інвалідність - нормативне значення 40,0 оцінюється в 4 бали (таблиця 2). Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал. При цьому знак "-" у п'ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Якщо фактичний первинний вихід на інвалідність становить, наприклад, 42 на 10 тисяч населення, то цей показник (ПР) становить:

$$ПР_1 = 4 - (42 - 40,0) \cdot 1 = 2.$$

Для другого показника - реабілітація інвалідів - при досягненні значення 12,4 %, $ПР_2$ становить:

$$ПР_2 = 3 + (12,4 - 12,0) \cdot 1 = 3,4.$$

При фактичному рівні якості лікування у 85 %:

$$ПР_3 = 5 + (85 - 100) \cdot 0,05 = 4,25.$$

Якщо фактична середня тривалість лікування в стаціонарі становить 12,5 днів, тоді:

$$ПР_4 = 6 - (12,5 - 12) \cdot 0,3 = 5,85.$$

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання. В нашому прикладі, якби на 10 тисяч населення було 3 обгрунтованих скарги, то $ПД_1 = 3 \cdot 0,3 = 0,9$.

Якби виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях становило 2,0 на 10 тисяч населення, тоді:

$$ПД_2 = 2 \cdot 0,1 = 0,2.$$

Коефіцієнт досягнення результату (КДР) визначається відношенням різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та

сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності.

$$КДР = \frac{(ПР_1 + ПР_2 + \dots + ПР_n) - (ПД_1 + ПД_2 + \dots + ПД_n)}{НЗ_1 + НЗ_2 + \dots + НЗ_n}$$

$$КДР = \frac{(2 + 3,4 + 5,85 + 1,7) - (0,9 + 0,2) \cdot 15,5 - 1,1}{4 + 3 + 5 + 6} = \frac{18}{18} = 0,8.$$

Оцінюють отриманий КДР у динаміці, порівнюючи з даними аналогічних лікувально-профілактичних закладів (відділень). Бажано, щоб величина КДР наближалася до одиниці.

Якщо сума показників дефектів перевищить суму показників результативності, КДР буде виражений від'ємним числом. Це вказує на вкрай незадовільний стан медичної допомоги.

Значну частину фактичних показників результативності отримують за даними розробки облікових документів. Поряд з цим, до моделей включають також показники, отримані за даними експертних оцінок, які дозволяють оцінити якість лікувально-діагностичного процесу, а саме рівні якості лікування та диспансеризації. Останні показники визначають для конкретних хворих або диспансеризованих шляхом оцінки відповідності між повнотою та якістю наданої допомоги та її стандартом.

За пропозицією Г.Н. Царик (1996 р.) рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$РЯЛ = (ОНЗ + ОЯ) : 200 \%, \text{ де}$$

РЯЛ - рівень якості лікування;

ОНЗ - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу;

ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, ОНЗ визначають за формулою:

$$ОНЗ = ОДЗ + ОД + ОЛЗ, \text{ де}$$

ОДЗ - оцінка виконання діагностичних заходів;

ОД - оцінка діагнозу;

ОЛЗ - оцінка лікувально-оздоровчих заходів.

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 3, 4, 5, 6).

Таблиця 3

Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

Таблиця 4

Шкала оцінки діагнозу (ОД, %)

Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко-діагностичними даними	
<u>Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень</u>	50
<u>Встановлено розгорнутий клінічний діагноз з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень</u>	75
<u>Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань</u>	100

Таблиця 5

Шкала оцінки лікувально-оздоровчих заходів (ОЛЗ, %)

<u>Лікувально-оздоровчі заходи практично не проводились</u>	
<u>Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи</u>	25
<u>Лікувально-оздоровчі заходи виконані наполовину</u>	50
<u>Лікувально-оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки</u>	75
<u>Набір лікувально-оздоровчих заходів виконано повністю</u>	100

Таблиця 6

Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)

<u>Очікувані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні</u>	0
<u>Незначне покращання стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень</u>	50
<u>Досягнуто очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень</u>	75
<u>Отримані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам</u>	100

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів.

Наприклад, для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс - 0,1; для оцінки лікувально-оздоровчих заходів - 0,4; для оцінки якості — 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \cdot \text{ОДЗ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛЗ} + 1 \cdot \text{ОЯ}) : 200 \%$$

Якщо діагностичні заходи виконано на 65 %, правильність встановлення діагнозу - 50 %, лікувально-оздоровчі заходи - на 70 %, оцінка якості лікування становила 75 %, тоді:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \cdot 65 \% + 0,1 \cdot 50 \% + 0,4 \cdot 70 \% + 1 \cdot 75 \%) : 200 = 0,7$$

Бажано, щоб величина РЯЛ наближалася до одиниці.

Обсяг діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів, а також вимоги до стану пролікованого хворого, є складовими частинами *стандарту якості (СЯ)*.

Стандарт якості розробляється:

- для кожної стаціонарної клініко-статистичної групи (СКСТГ), яка є одночасно і груповою одиницею взаєморозрахунків при медичному страхуванні;
- для кожної нозологічної форми з урахуванням ступеня важкості супутніх захворювань (при лікуванні в поліклініці).

Відповідність складових частин комплексу діагностичних, лікувально-оздоровчих, реабілітаційних заходів, що проведені хворому, та стану його здоров'я критеріям, що передбачені стандартами якості, оцінюється насамперед у самому лікувально-профілактичному закладі.

Взагалі система контролю якості передбачає оцінку кінцевого результату діяльності на всіх рівнях надання медичної допомоги. Вона може проводитись поетапно та включати низку ступенів контролю.

Ступені контролю

Перший ступінь контролю - завідуючий структурним підрозділом поліклініки чи стаціонару оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем пацієнтам, які закінчили лікування в поліклініці (не менше 30 % хворих) і в стаціонарі (усіх хворих).

Другий ступінь контролю - заступники головного лікаря лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, проводять щоденно експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі.

Третій ступінь контролю — експертна комісія ЛПЗ оцінює якість роботи підрозділів щомісячно.

Четвертий ступінь контролю - експертна комісія при міському відділі (управлінні) охорони здоров'я (чи при ТМО) оцінює якість діяльності кожного ЛПЗ щоквартально.

П'ятий ступінь контролю - експертна комісія при обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЛПЗ щоквартально.

Контроль якості медичної допомоги за описаною схемою здійснюється в умовах державної системи охорони здоров'я.

Якщо медична допомога надається на засадах медичного страхування, його доцільно проводити за триступеневою схемою.

На / *ступені* внутрішньовідомча оцінка діяльності ЛПЗ проводиться експертною комісією відповідних органів охорони здоров'я.

На // *ступені* експертна комісія страхової медичної організації проводить позавідомчий контроль.

На /// *ступені* контроль здійснює незалежна експертна комісія у випадку виникнення конфліктів.

Для аналізу та оцінки якості лікувально-профілактичної допомоги застосовують також *стандарты медичних технологій*.

Виходячи з сучасних потреб, у нашій державі розроблені "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню ЛПЗ України", а також дітям за участю головних спеціалістів МОЗ, провідних фахівців науково-дослідних інститутів МОЗ і АМН. Науково-методичне обґрунтування стандартів і принципів їх застосування виконано спеціалістами Українського інституту громадського здоров'я.

Методичні рекомендації їх використання затверджені наказом МОЗ України № 226 від 27.07.1998 р.

При розробці стандартів лікувально-профілактичних закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану стаціонарну допомогу, розподілялися за //, /// і IV рівнями.

До // рівня віднесені районні, центральні районні та міські лікарні, до /// - обласні лікарні та стаціонари диспансерів.

До IV рівня - клініки НДІ та центри, які визначені як головні з організації певного виду медичної допомоги.

Розробка уніфікованих стандартів здійснювалась за переліком лікарських посад у закладах охорони здоров'я по 32 видах медичних служб.

Головна мета застосування стандартів медичних технологій полягає у використанні їх для контролю якості лікувально-діагностичного процесу та розробки *медико-економічних стандартів*. Їх можна використовувати для визначення потреб лікувально-профілактичних закладів у медикаментах, медичній технології тощо.

Робота щодо їх удосконалення має проводитись постійно з урахуванням нових методів діагностики та лікування.

В Україні накопичено досвід розробки та впровадження стандартів технологій лікувально-діагностичного процесу, зокрема в деяких обласних лікарнях, проте в оцінку якості закладено регіональні підходи, орієнтовані на фактичні можливості тих або інших закладів.

До речі, згідно з принципами організації охорони здоров'я, прийнятими Всесвітньою медичною асамблеєю (1983 р.), перевірка якості, вартості та порядку надання лікарських послуг повинна базуватись більшою мірою на місцевих або регіональних стандартах, але в такому разі це буде самооцінка.

Велика група спеціалістів пропонує впровадити єдині уніфіковані стандарти медичних технологій для порівняльної оцінки якості та медико-економічної ефективності роботи лікувальних закладів країн.

Їх розробку повинні проводити профільні науково-дослідні інститути за єдиною методологією, наведеною в методичних рекомендаціях Українського інституту громадського здоров'я (1997 р.).

Як зазначено в них, мета розробки та запровадження Державних уніфікованих стандартів медичних технологій стаціонарної допомоги полягає в забезпеченні хворому гарантованого рівня медичної допомоги.

Виходячи з сучасних потреб, у нашій державі розроблені "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню ЛПЗ України", а також дітям за участю головних спеціалістів МОЗ, провідних фахівців науково-дослідних інститутів МОЗ і АМН. Науково-методичне обґрунтування стандартів і принципів їх застосування виконано спеціалістами Українського інституту громадського здоров'я.

Методичні рекомендації їх використання затверджені наказом МОЗ України № 226 від 27.07.1998 р.

При *розробці стандартів лікувально-профілактичних закладів*, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану стаціонарну допомогу, розподілялися за //, /// і IV рівнями.

До // рівня віднесені районні, центральні районні та міські лікарні, до /// - обласні лікарні та стаціонари диспансерів.

До IV рівня клініки НДІ та центри, які визначені як головні з організації певного виду медичної допомоги.

Розробка уніфікованих стандартів здійснювалась за переліком лікарських посад у закладах охорони здоров'я по 32 видах медичних служб.

Головна мета застосування стандартів медичних технологій полягає у використанні їх для контролю якості лікувально-діагностичного процесу та розробки *медико-економічних стандартів*. Їх можна використовувати для визначення потреб лікувально-профілактичних закладів у медикаментах, медичній технології тощо.

Робота щодо їх удосконалення має проводитись постійно з урахуванням нових методів діагностики та лікування.

В Україні накопичено досвід розробки та впровадження стандартів технологій лікувально-діагностичного процесу, зокрема в деяких обласних лікарнях, проте в оцінку якості закладено регіональні підходи, орієнтовані на фактичні можливості тих або інших закладів.

До речі, згідно з принципами організації охорони здоров'я, прийнятими Всесвітньою медичною асамблеєю (1983 р.), перевірка якості, вартості та порядку надання лікарських послуг повинна базуватись більшою мірою на місцевих або регіональних стандартах, але в такому разі це буде самооцінка.

Велика група спеціалістів пропонує впровадити єдині уніфіковані стандарти медичних технологій для порівняльної оцінки якості та медико-економічної ефективності роботи лікувальних закладів країн.

Їх розробку повинні проводити профільні науково-дослідні інститути за єдиною методологією, наведеною в методичних рекомендаціях Українського інституту громадського здоров'я (1997 р.).

Як зазначено в них, мета розробки та запровадження Державних уніфікованих стандартів медичних технологій стаціонарної допомоги полягає в забезпеченні хворому гарантованого рівня медичної допомоги.

Виходячи з сучасних потреб, у нашій державі розроблені "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню ЛПЗ України", а також дітям за участю головних спеціалістів МОЗ, провідних фахівців науково-дослідних інститутів МОЗ і АМН. Науково-методичне обґрунтування стандартів і принципів їх застосування виконано спеціалістами Українського інституту громадського здоров'я.

Методичні рекомендації їх використання затверджені наказом МОЗ України № 226 від 27.07.1998 р.

При розробці стандартів лікувально-профілактичних закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану стаціонарну допомогу, розподілялися за II, III і IV рівнями.

До II рівня віднесені районні, центральні районні та міські лікарні, до III - обласні лікарні та стаціонари диспансерів.

До IV рівня - клініки НДІ та центри, які визначені як головні з організації певного виду медичної допомоги.

Розробка уніфікованих стандартів здійснювалась за переліком лікарських посад у закладах охорони здоров'я по 32 видах медичних служб.

Головна мета застосування стандартів медичних технологій полягає у використанні їх для контролю якості лікувально-діагностичного процесу та розробки *медико-економічних стандартів*. Їх можна використовувати для визначення потреб лікувально-профілактичних закладів у медикаментах, медичній технології тощо.

Робота щодо їх удосконалення має проводитись постійно з урахуванням нових методів діагностики та лікування.

В Україні накопичено досвід розробки та впровадження стандартів технологій лікувально-діагностичного процесу, зокрема в деяких обласних лікарнях, проте в оцінку якості закладено регіональні підходи, орієнтовані на фактичні можливості тих або інших закладів.

До речі, згідно з принципами організації охорони здоров'я, прийнятими Всесвітньою медичною асамблеєю (1983 р.), перевірка якості, вартості та порядку надання лікарських послуг повинна базуватись більшою мірою на місцевих або регіональних стандартах, але в такому разі це буде самооцінка.

Велика група спеціалістів пропонує впровадити єдині уніфіковані стандарти медичних технологій для порівняльної оцінки якості та медико-економічної ефективності роботи лікувальних закладів країн.

Їх розробку повинні проводити профільні науково-дослідні інститути за єдиною методологією, наведеною в методичних рекомендаціях Українського інституту громадського здоров'я (1997 р.).

Як зазначено в них, мета розробки та запровадження Державних уніфікованих стандартів медичних технологій стаціонарної допомоги полягає в забезпеченні хворому гарантованого рівня медичної допомоги.

Затверджений на відповідному рівні (державному, галузевому) стандарт не являє собою довідковий посібник щодо лікування хворого. Він є технологічним і юридичним відображенням гарантованого обсягу медичної допомоги.

За основу його формування запропоновано брати конкретні діагнози. Стандарти медичних технологій - це гарантований хворому перелік діагностично-лікувальних процедур і рівень вимог до якості їх і результату лікування.

До стандарту включають:

- найменування та номер класу хвороб, найменування нозологічних форм та інших груп відповідно до Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10);
- перелік обов'язкових обстежень (обсяг необхідних діагностичних процедур при кожній нозологічній формі, їх послідовність і кратність);
- перелік лікувальних заходів (обсяг необхідних лікувальних заходів із зазначенням необхідних груп препаратів, послідовність і тривалість їх застосування, комбінація різних методів лікування);
- вимоги до результатів лікування (бажані результати як критерії якості);
- середня тривалість лікування.

Як зразок, наводимо стандарти медичних технологій стосовно окремих захворювань (табл. 7) * .

Таблиця 7

Стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги

№	Нозологічні форми	Шифр по МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дн.)
1	2	3	4	5	6	7
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму (D 50 — D 89)						
1	Залізодефіцитна анемія	D 50	1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Біохімічне дослідження крові 3. УЗД і Ro-графія органів за показаннями 4. Консультації суміжних спеціалістів	1. Препарати заліза: тардіферон, гемостимулін, фероградумет, фероплекс 2. Аскорбінова кислота, полівітаміни, десферал. При наявності протипоказань для призначення препаратів заліза per os необхідно вводити їх в/ваб/м	Одужання	1,5 міс.

* Тимчасові стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги / У двох томах. - МОЗ України, Український інститут громадського здоров'я. - Київ, 1999. - т. I. - 500 с, т. II. - 501 с.

Продовження таблиці 7

1	2	3	4	5	6	7
Клас ІХ. Хвороби системи кровообігу (І 00 -- І 99)						
2	Ішемічна хвороба серця, стабільна стенокардія напруги, І-ІІ ФК, ХНК 0	І 20.8	1. Показники ліпідного обміну: загальний ХС, ТГ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, коефіцієнт атерогенності 2. Ступінчаста ВЕМ 3. Стрес ВЕМ	1. Дієтичне харчування: стіл № 10 2. Дозоване фізичне навантаження. 3. Нітрати за годину до фізичного навантаження 4. Антагоністи кальцію	Зникнення стенокардії або підвищення ФК	14

Примітка: ВЕМ - велоергометрія;
 ФК - функціональний клас;
 ХНК - хронічна недостатність кровообігу;
 ХС - холестерин;
 ТГ - тригліцерид;
 ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності;
 ЛПДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності;
 УЗД - ультразвукове дослідження.

Оцінка бажаних результатів проводиться за суб'єктивними та об'єктивними критеріями якості лікування:

- загальноклінічні (нормалізація артеріального тиску, частоти серцевого ритму, температури та інше);
- лабораторні (нормалізація чи покращання аналізів крові, сечі та інші);
- морфологічні (покращання даних цито- та гістологічних досліджень тощо);
- інструментальні (покращання рентгенологічної картини, УЗД та інші).

За допомогою стандартів медичних технологій здійснюється контроль якості лікувально-діагностичного процесу, проводиться оцінка роботи фахівців, відділень і стаціонару в цілому.

Стандарти можна використовувати також для розрахунку лікувально-профілактичних потреб у матеріально-технічному забезпеченні.

Контрольні питання

1. Перелічіть основні облікові та звітні документи, що використовуються для аналізу діяльності лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ).
2. Назвіть і охарактеризуйте зміст основних розділів звіту ЛПЗ.
3. Талон амбулаторного пацієнта. Його роль для оцінки якості медичної допомоги.
4. Підходи до визначення поняття "якість медичної допомоги" та методи її оцінки в сучасних умовах.
5. Види стандартів та система контролю якості медичної допомоги.

Розділ 10. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Згідно з "Основами законодавства України з охорони здоров'я" (1992 р.), існують такі *види медичної експертизи*:

- медико-соціальна експертиза втрати працездатності;
- військово-лікарська;
- судово-медична та судово-психіатрична;
- патологоанатомічна.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової та стійкої втрати працездатності та необхідності звільнення в зв'язку з цим від роботи. Цей вид експертизи здійснюється лікувально-профілактичними закладами при тимчасовій непрацездатності та медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) - при стійкій непрацездатності.

Метою проведення військово-лікарської експертизи є визначення придатності до військової служби призовників і військовозобов'язаних; встановлення причинного зв'язку захворювань, уражень і травм із військовою службою. Вона проводиться військово-лікарськими комісіями при військових комісаріатах, закладах Міністерства оборони, Служби безпеки України та ін.

Судово-медична та судово-психіатрична експертизи призначаються особами, що ведуть дізнання, а організаційне керівництво їх проведенням здійснює Міністерство охорони здоров'я України.

Метою *патологоанатомічної експертизи* є встановлення причини та механізму смерті хворого. Порядок і умови її проведення визначає МОЗ України.

В цьому розділі буде розглянута організація проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності (тимчасової та стійкої).

Ознайомлення майбутніх лікарів з цими розділами має важливе практичне значення, оскільки вони є невід'ємною складовою частиною їх повсякденної роботи.

Тимчасова непрацездатність - це неможливість виконувати роботу в зв'язку з захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність або *інвалідність* - це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Основою для їх визначення є клінічний та трудовий прогноз, тобто передбачення перебігу хвороби та терміну можливого відновлення працездатності.

Залежно від *ступеня* втрати працездатності її поділяють на *повну* чи *часткову*.

При *повній* непрацездатності внаслідок захворювання людина не може виконувати жодної роботи та потребує спеціального лікувального режиму, при *частковій* — може виконувати ту ж саму чи іншу роботу не в повному обсязі чи в інших умовах.

Проведення експертизи працездатності *обумовлене* значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою непрацездатністю на здоров'я населення, економічними втратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.

Її проведення *обумовлене* наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яка передбачає соціальний захист громадян при непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та ряді інших законів України.

Підлягають обов'язковому державному соціальному страхуванню всі робітники та службовці, що працюють за наймом на підставі трудового договору з адміністрацією організації, установи, підприємства.

Експертиза тимчасової непрацездатності

Соціальна допомога при тимчасовій непрацездатності *компенсує* працівникові *втрачений заробіток*. Розмір компенсації відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27.04.98 р. № 571 залежить від *загального трудового стажу*:

- менше 5 років - 60 %;
- 5-8 років - 80 %;
- більше 8 років - 100 % середньої заробітної плати.

Раніше, до прийняття вищезгаданої постанови, визначальним був *безперервний стаж*. До загального стажу для призначення допомоги з тимчасової непрацездатності не зараховується час навчання у вищому навчальному закладі (в тому числі на підготовчих відділеннях), в аспірантурі, докторантурі та клінічній ординатурі з денною (очною) формою навчання.

Є категорії населення, яким нараховують виплати в розмірі 100 % середньої зарплати *незалежно від стажу роботи*:

• працівники, віднесені до 1-4 категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

• ветерани війни та особи, на яких поширюється дія Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" від 22.10.93 р.;

• працівники, які мають на утриманні 3-х і більше дітей віком до 16 років (учнів - до 18 років);

• працівники, у яких тимчасова непрацездатність настала внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання;

• дружини (чоловіки) військовослужбовців (крім військовослужбовців строкової служби);

• працівники з числа колишніх дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківської опіки;

- при наданні відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами.

Документом, що дає право на одержання виплат з державного соціального страхування є *листок непрацездатності*, "лікарняний листок". Цей документ є:

- обліковим (для обліку та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності);
- юридичним (виправдовує невихід на роботу);
- фінансовим (дає право на одержання грошових виплат з державного соціального страхування).

Зразок нової форми листка непрацездатності затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я, Мінпраці, Мінстату, Фонду соціального страхування України від 27 березня 1997 року № 97/29/78/08-14-193.

Крім лікарняних листків тимчасову непрацездатність можуть засвідчувати *довідки*, які є юридичною основою звільнення працівника від роботи чи навчання. На відміну від листка непрацездатності, вони не є фінансовим документом.

Довідки встановленої форми, затверджені статистичними органами, при тимчасовій непрацездатності видаються:

- учням всіх категорій, студентам вузів і технікумів, школярам при захворюваннях;
- у зв'язку з побутовою травмою та операцією аборту;
- при захворюваннях, пов'язаних із сп'янінням, при зловживанні алкоголем;
- по догляду за хворою дитиною.

Основними завданнями лікувально-профілактичних закладів при проведенні медико-соціальної експертизи є:

- експертиза тимчасової непрацездатності;
- своєчасне виявлення стійкої непрацездатності та направлення хворого на медико-соціальну експертну комісію;
- рекомендації щодо працевлаштування робітників, що не мають ознак інвалідності.

Експертиза *тимчасової непрацездатності* є частиною роботи лікаря та проводиться в такій послідовності дій (мал. 1).

Є такі *види* тимчасової непрацездатності:

- захворювання (травма);
- догляд за хворим членом родини;
- санаторно-курортне лікування;
- карантин;
- переведення на іншу роботу при туберкульозі та при професійному захворюванні;
- протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства;
- відпустка в зв'язку з вагітністю та пологами.

З'ясування наявності чи відсутності втрати працездатності

Визначення за клінічним та трудовим прогнозом тимчасової чи стійкої втрати працездатності

Визначення ступеня непрацездатності

Встановлення виду (причини) тимчасової непрацездатності

Призначення хворому режиму, який сприяє одужанню та поверненню до праці

Оформлення листка непрацездатності та при необхідності його продовження

Рекомендації хворому відповідно до умов його праці та професії

Мал. 1. Послідовність дій лікаря при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності.

Важливими завданнями при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності є призначення хворому *режиму* (амбулаторного, домашнього, стаціонарного, санаторного), а також надання рекомендацій відповідно до умов праці та професії.

До *порушень режиму*, вказаного лікарем у листку непрацездатності, відносяться:

- відсутність хворого вдома при призначенні йому домашнього режиму;
- відсутність без поважних причин для відвідин лікарів ЛКК у призначений день;
- прихід на прийом у нетверезому стані;
- вихід на роботу без санкції лікаря;
- виїзд до іншої місцевості без дозволу ЛКК.

Право видачі листків непрацездатності надано лікарям лікувально-профілактичних закладів.

Не мають право їх видавати лікарі швидкої та невідкладної медичної допомоги, госпрозрахункових поліклінік і медичних кооперативів.

Лікарі пунктів охорони здоров'я мають право видавати листок непрацездатності на 1-2 дні з подальшим направленням хворого до поліклініки медико-санітарної частини або поліклініки за місцем проживання.

Не видається листок непрацездатності:

- особам, які видають себе за хворих або навмисно заподіяли шкоду своєму здоров'ю з метою ухилення від роботи чи інших обов'язків;
- особам, тимчасова непрацездатність яких пов'язана з травмою, отриманою при скоєнні злочину;
- на час примусового лікування за рішенням суду (крім психічних хворих);

• на час перебування під арештом і на час проведення судово-медичної експертизи.

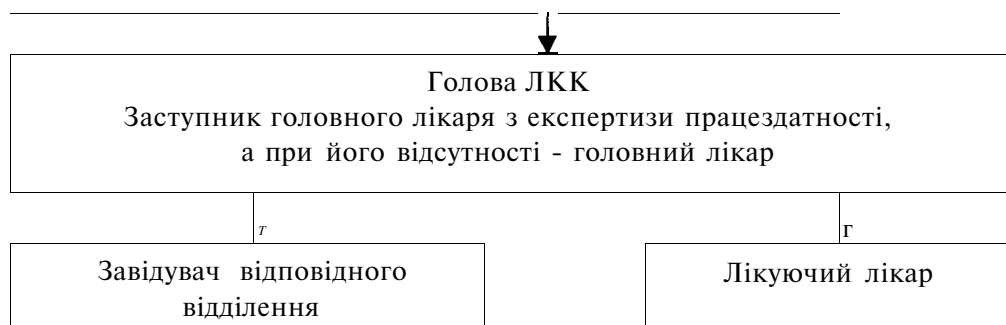
Право продовження листка непрацездатності разом з лікуючим лікарем надається:

- головному лікарю (заступнику головного лікаря з експертизи працездатності);
- завідувачому відділенням;
- лікарсько-консультативній комісії.

У лікувальних закладах з одним лікарем (у сільській місцевості, віддалених районах тощо) йому надано право особисто видавати листки непрацездатності протягом всього терміну захворювання.

Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК) створюється при наявності в штаті не менше, ніж 15 лікарів, що ведуть амбулаторний прийом.

Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК)



Мал. 2. Склад лікарсько-консультативної комісії (ЛКК).

Основними завданнями ЛКК є:

- вирішення складних і конфліктних питань експертизи непрацездатності;
- продовження листка непрацездатності до одужання (після 6 днів);
- видача листка непрацездатності на санаторно-курортне лікування;
- видача листка непрацездатності при переведенні на іншу роботу при туберкульозі та професійному захворюванні;
 - направлення хворих на медико-соціальну експертну комісію;
 - продовження листка непрацездатності по догляду за хворою дитиною з 11 по 14 день;
 - видача листка непрацездатності для лікування в іншому місці.

Порядок проведення експертизи тимчасової непрацездатності при захворюванні

Право видачі лікарняного листка при амбулаторному лікуванні надається лікуючому лікарю на мінімальний термін 1 день і максимальний - 3, а потім при необхідності продовжити його ще на 3 дні, тобто загалом на 6 днів.

З приводу захворювання на грип, що виникло під час епідемії, одномоментна видача лікарняного листка може становити 5 днів, але максимальний термін також не може перевищувати 6 днів.

Продовження листка непрацездатності після 6 днів амбулаторного лікування (при наявності в штаті всіх осіб, які мають на це право) проводиться лікуючим лікарем разом із завідувачем відділення.

При проведенні експертизи тимчасової непрацездатності завідувачий відділенням поліклініки:

- продовжує листок непрацездатності до одужання (після 6 днів);
- консультує, вирішує спірні питання;
- продовжує листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною з 7 по 10 день (завідувач педіатричним відділенням).

При тривалих захворюваннях продовжити листок непрацездатності після особистого огляду хворого можна не більше, ніж на 10 днів одноразово.

При *стаціонарному лікуванні* листки непрацездатності на весь час госпіталізації хворого видаються лікуючим лікарем *спільно з завідувачим відділенням*.

При безперервному захворюванні максимальний термін видачі ЛКК листка непрацездатності становить 4 місяці, а при наявності перерв, якщо працівник отримав декілька листків непрацездатності з одного й того ж захворювання протягом року - 5 місяців.

При туберкульозі та професійному захворюванні ці терміни становлять відповідно 10 і 12 місяців.

Після зазначених вище максимальних термінів лікарсько-консультативна комісія направляє хворого на МСЕК з листком непрацездатності та відповідно оформленим направленням.

Якщо МСЕК не має підстав вважати хворого інвалідом, то за її санкцією листок непрацездатності продовжує лікувально-профілактичний заклад.

Листок непрацездатності в зв'язку зі штучним перериванням вагітності за бажанням жінки видається на перші три дні. При наявності ускладнень його продовжують, починаючи з 11-го дня перебування в стаціонарі. При аборті за медичними показаннями та при мимовільному аборті листок видається та продовжується, як при захворюванні.

Працівникам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза межами їх постійного місця проживання (наприклад, під час відрядження, на відпочинку), листок непрацездатності видається за місцем їх тимчасового перебування лікуючим лікарем лише за санкцією головного лікаря.

Якщо співробітник захворів під час відпустки за власний рахунок, лікарняний листок він не отримує. Але якщо йому була надана така відпустка з вини підприємства (і це оформлено наказом), то відповідно до ст. 26 Закону України "Про відпустки" підприємство зобов'язане виплатити компенсацію в розмірі 2/3 тарифної заробітної плати.

Працюючим інвалідам лікарняний листок видають на термін не більше двох місяців підряд і не більше трьох місяців загалом у календарному році.

Правила видачі листків непрацездатності при *побутовій* та *виробничій травмах* дещо відрізняються.

При втраті працездатності у зв'язку з *побутовою травмою* на перші п'ять днів видається довідка, а починаючи з шостого дня листок непрацездатності. Якщо травма виникла внаслідок стихійного лиха (землетрус, повінь, пожежа та ін.) або анатомічного дефекту постраждалого, лікарняний листок видається на весь період непрацездатності за загальними правилами.

Що стосується виробничого травматизму, то він характеризується "Положенням про розслідування та облік нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на підприємствах, в установах і організаціях", затвердженим постановою Кабінету Міністрів України № 623 від 10.08.93 р.

Згідно з ним, *виробничими* вважаються травми, що сталися з працівниками під час виконання трудових (посадових) обов'язків, у тому числі й у відрядженнях, а також під час:

- перебування на робочому місці, на території підприємства, в іншому місці роботи протягом робочого часу;
- проїзду на роботу чи з роботи на транспорті підприємства;
- проведення робіт в інтересах підприємства, де працює потерпілий;
- прямування працівника до (між) об'єкта (ми) обслуговування за затвердженими маршрутами або до будь-якого об'єкта за дорученням власника.

В усіх зазначених випадках травма підлягає розслідуванню та спеціальному обліку, якщо вона:

- 1) призвела до втрати працездатності на один або більше робочих днів;
- 2) до необхідності переведення потерпілого на іншу (легшу) роботу, не менш як на один робочий день;
- 3) до смерті на підприємстві.

При *виробничій* травмі листок видається з *першого дня непрацездатності*.

Такий же порядок передбачено і для травм *невиробничого характеру* якщо:

- нещасний випадок трапився по дорозі на роботу чи з роботи;
- при виконанні донорських функцій;
- при виконанні громадського обов'язку з рятування людей;
- під час участі в спортивних іграх на офіційних змаганнях.

При тимчасовій непрацездатності внаслідок травми для вирішення питання про оплату лікарняного листка необхідно скласти відповідний *акт*:

- при травмі, одержаній на виробництві - акт за формою Н-1;
- при травмах невикробничого характеру, які прирівнюються до виробничих - акт за формою НТ.

При виробничій травмі акт за формою Н-1 складається комісією, в складі керівника служби охорони праці підприємства, керівника структурного підрозділу, представника профспілкової організації.

Затверджений власником підприємства акт за формою Н-1 надсилається потерпілому, керівникові цеху чи іншого структурного підрозділу за місцем нещасного випадку для здійснення запобіжних заходів.

Положення про визначення та облік нещасних випадків, травм *невиробничого* характеру затверджене Постановою Кабінету Міністрів України № 421 від 5 травня 1997 року.

Ним, зокрема, передбачено здійснення їх розслідування як таких, що прирівнюються до виробничих, за місцем праці потерпілого чи тією організацією, яка зобов'язана забезпечити чи відповідає за безпечну життєдіяльність людей на певній території. Результати розслідування використовують при призначенні потерпілому допомоги.

Для відшкодування потерпілому шкоди, заподіяної внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, лікувальним закладом видається "Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації" (ф. № 94-1/0).

При тимчасовій непрацездатності від захворювання та травми *внаслідок зловживання алкоголем, сп'яніння* дій, з цим пов'язаних, замість листка непрацездатності видається довідка спеціального зразка. Якщо ж у період звільнення від роботи за цією довідкою виникає нове захворювання, більш тяжке та патогенетично не пов'язане з попереднім (наприклад, інфаркт, інсульт, туберкульоз, онкологічне захворювання), то з 11-ого дня звільнення від роботи видають листок непрацездатності.

Видача листків непрацездатності по *догляду за хворим*

По догляду *за дорослим* хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається, якщо відсутність догляду загрожує його життю чи здоров'ю, якщо при необхідності його не можна госпіталізувати через відсутність місць у стаціонарі, а серед членів сім'ї немає іншої особи, яка могла б доглядати хворого. Листок непрацездатності по догляду за дорослим хворим видається не більше ніж на три дні, у виняткових випадках подовжується, але не більше ніж на 7 календарних днів загалом.

Листок непрацездатності по догляду *за хворою дитиною* у віці до 15 років, видається на період не більший 14 календарних днів. При цьому на перші 6 днів - одноособово лікарем-педіатром, з 7 по 10 день - разом із завідувачем відділення, а з 11 по 14 день - за рішенням організованої в дитячій поліклініці лікарсько-консультативної комісії.

По догляду за дитиною, що проживає в зоні радіаційного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС, листок видається на весь період її хвороби.

Слід зазначити, що в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною може видаватись не тільки матері, а й іншому члену сім'ї, якщо мати з поважної причини не може його здійснювати.

Після максимального терміну 14 днів лікарем-педіатром видається довідка по догляду за дитиною до її одужання при гострому захворюванні чи настання ремісії при загостренні хронічного захворювання, яка оплаті не підлягає.

При захворюванні двох дітей в різний час видають листки непрацездатності по догляду за кожною дитиною, якщо вони хворіють одночасно - **один листок**. Якщо друга дитина захворіла на кілька днів пізніше, то по догляду за нею видають листок непрацездатності на встановлений строк з першого дня її захворювання (незалежно від тривалості догляду за першою).

Листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною до 6 років, а за тяжко хворою і після 6 років при стаціонарному лікуванні, *видається матері* на весь строк її перебування в стаціонарі *разом з дитиною*.

Листок непрацездатності може видаватись і по догляду за *здоровою* дитиною у віці до 3-х років у тому разі, якщо матір, перебуваючи в частково сплачуваній відпустці по догляду, захворіла. В таких випадках його отримує працююча особа, яка буде доглядати дитину під час хвороби матері.

Не дозволяється видача листка непрацездатності по догляду:

- за хронічними хворими;
- при відмові хворого або його родичів від госпіталізації;
- при встановленні карантину в дитячій установі;
- якщо матір знаходиться в черговій відпустці або у відпустці без збереження заробітної плати.

При *санаторно-курортному (амбулаторно-курортному)* лікуванні листок непрацездатності видається, якщо чергові та додаткові відпусток недостатньо для лікування та проїзду до санаторію та назад. Листок видається на термін лікування з урахуванням часу проїзду до санаторію та назад за вирахуванням щорічної основної та додаткової відпусток. Але якщо працівник вирушає до санаторію на долікування безпосередньо зі стаціонару лікувального закладу після деяких хвороб (гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, аортокоронарне шунтування, виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки та ін.) листок непрацездатності видається на весь час перебування в санаторії.

Для окремих категорій громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, передбачено одержання лікарняного листка на весь період лікування в санаторіях і спеціалізованих лікувальних закладах з урахуванням проїзду туди й назад, з виплатою допомоги з державного страхування незалежно від того, ким і за чий рахунок видано путівку.

Порядок видачі листків непрацездатності при *карантині*

Підставою для цього є відсторонення працівника від роботи органами санітарно-епідеміологічної служби внаслідок заразного захворювання осіб, які його оточували. Відсторонення від роботи та, відповідно, видача листка непрацездатності проводиться, якщо працівник мав контакт з тими, хто захворів на холеру, чуму, цереброспінальний менінгіт, дифтерію, черевний тиф і паратифи.

Листок непрацездатності з приводу карантину видає лікар-епідеміолог, а в разі його відсутності - санітарний або лікуючий лікар на час термінового відсторонення від роботи.

Стосовно осіб-бацилоносіїв, якщо вони можуть бути джерелом розповсюдження інфекції з врахуванням особливостей виробництва (підприємства громадського харчування, дитячі, побутові заклади), їх тимчасово переводять на іншу роботу, а в разі неможливості цього відсторонюють від роботи з видачею листка непрацездатності.

Слід ще раз зазначити, що особі, яка доглядає дитину, звільнену від відвідування дошкільного закладу, а також особі, звільненій від навчання, видається *довідка* про карантин. Аналогічну довідку отримує також студент для підтвердження в навчальному закладі об'єктивної причини пропуску занять.

Якщо працівник у зв'язку з *туберкульозом або професійним захворюванням* тимчасово переводиться на іншу роботу з нижчою оплатою, то на весь час, але не більше двох місяців, ЛКК видає йому листок непрацездатності (так званий доплатний або трудовий лікарняний листок).

Тимчасова непрацездатність при *протезуванні*

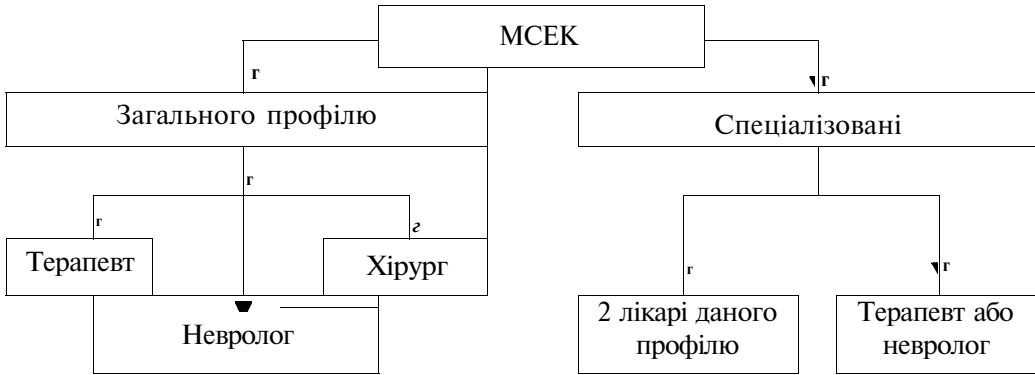
Листок непрацездатності для протезування видають лише тоді, коли хворого госпіталізують до стаціонару протезно-ортопедичного підприємства. Його видає лікар стаціонару спільно з головним лікарем медичного відділу протезно-ортопедичного підприємства на термін не більший ніж 30 календарних днів з урахуванням проїзду в обидва кінці. При протезуванні в амбулаторних умовах або в звичайному лікувальному закладі листок непрацездатності не видається.

В зв'язку з *вагітністю та пологами* листок непрацездатності видається на 70 календарних днів до пологів і 56 — після. У випадках ускладнень і народжень кількох дітей відпустка після пологів становить 70 календарних днів. Працюючим жінкам, віднесеним до постраждалих від Чорнобильської катастрофи, відпустка становить 90 календарних днів до та 90 - після пологів.

Експертиза стійкої непрацездатності

Експертизу стійкої непрацездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які з 1992 р. підпорядковані МОЗ України. МСЕК організують з розрахунку на 100 тисяч дорослого населення за адміністративно-територіальним поділом і за профілем. Адміністративно-територіально МСЕК поділяються на обласні, центральні міські, міські, районні.

До складу міської (районної) МСЕК входять три лікарі-експерти. За профілем МСЕК бувають загальні та спеціалізовані (мал. 3). До складу МСЕК загального профілю входять: терапевт, хірург, невролог; до складу спеціалізованої - два лікарі провідного профілю та один терапевт або невролог.



Мал. 3. Профіль і склад медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

У МСЕК з метою виявлення компенсаторно-адаптивних можливостей проходять огляд громадяни, які частково чи повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм, вроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також ті, що за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу.

Направлення для огляду хворого у МСЕК видають лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) відповідного лікувально-профілактичного закладу за формою, затвердженою МОЗ, після клінічних обстежень, що підтверджують стійкий чи незворотний характер захворювання, та в тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим же захворюванням за останні дванадцять місяців. При туберкульозі та профзахворюванні ці терміни становлять 10-12 місяців.

МСЕК проводить огляд хворих за місцем проживання чи лікування при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що посвідчує особу, лікарняного листка та відповідного направлення *не пізніше семи днів*. Якщо хворий за станом здоров'я не може з'явитися на МСЕК, огляд проводять удома чи в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні.

При недоцільності продовження терміну тимчасової непрацездатності, лікарняний листок закривають датою огляду.

В разі визнання хворого інвалідом інвалідність встановлюють з дня надходження до МСЕК документів.

МСЕК встановлює:

- ступінь обмеження життєдіяльності людини, стан працездатності, групу, причину та час настання інвалідності внаслідок загального чи професійного захворювання, трудового каліцтва;
- ступінь втрати працездатності (у відсотках);
- причинний зв'язок інвалідності колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті чи з виконанням інших обов'язків військової служби;
- причинний зв'язок інвалідності з захворюванням чи каліцтвом, що виникли в дитинстві, уродженим дефектом;

- ступінь втрати здоров'я, групу, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій;
- ступінь втрати здоров'я, групу, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- ступінь стійкої втрати працездатності для направлення хворих до будинків для престарілих та інвалідів;
- медичні показання та протипоказання на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням.

Основні завдання МСЕК - виявлення причин, встановлення груп інвалідності, надання трудових рекомендацій інвалідам. Подекуди після огляду хворого МСЕК може санкціонувати продовження листка непрацездатності для завершення лікування.

Основними причинами інвалідності в Україні є хвороби системи кровообігу (перше місце), злоякісні новоутворення (друге місце) та травми (третє місце). Як бачимо, вони повторюють структуру загальної смертності населення.

Розрізняють такі види інвалідності:

- загальне захворювання;
- професійне захворювання;
- трудове каліцтво;
- інвалідність з дитинства;
- в зв'язку з Чорнобильською катастрофою;
- у колишніх військовослужбовців;
- інвалідність до початку трудової діяльності.

Найчастішим видом інвалідності є інвалідність від загального захворювання, яка встановлюється за двох умов:

- якщо захворювання не було пов'язане з професійною діяльністю;
- якщо до інвалідності призвела побутова травма.

Причиною інвалідності внаслідок професійного захворювання є:

- захворювання, яке виникло під впливом несприятливих факторів, властивих даній професії, чи несприятливих умов праці;
- захворювання, перебіг якого ускладнився під впливом професійного фактора.

Віднесення захворювання до професійного проводиться відповідно до списку професійних захворювань, затвердженого МОЗ і Мінпраці.

Перелік установ і закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз профзахворювань, переглядається через кожні п'ять років і затверджується МОЗ.

Інвалідність внаслідок трудового каліцтва встановлюється на підставі акта про нещасний випадок, складеного за місцем роботи чи рішенням суду про факт травмування на виробництві.

Інвалідність внаслідок трудового каліцтва може бути результатом травми, яку отримано:

- безпосередньо на робочому місці;
- поза місцем роботи при виконанні виробничого завдання чи під час відрядження при виконанні виробничого завдання;
- по дорозі на роботу чи з роботи;
- в разі виконання державних або громадських обов'язків;
- в разі виконання дій щодо рятування людського життя, охорони правопорядку.

Інвалідність з *дитинства* встановлюється підліткам до 16 років (учням до 18 років), якщо захворювання, що призвело до інвалідності, виникло до цього віку та до початку роботи за наймом.

Причинний зв'язок інвалідності з хворобами, перенесеними в дитинстві, встановлюється за наявності документів лікувально-профілактичних закладів, що свідчать про початок захворювання чи перенесену травму до 16-річного віку (для тих, хто навчається - до 18-річного віку).

Найбільш частою причиною інвалідності з дитинства є природжені дефекти розвитку та травми.

Інвалідність *до початку трудової діяльності* встановлюється в тих випадках, коли захворювання чи травма, що призвели до інвалідності, виникли після 16 років (а в учнів - після 18 років), але до *початку трудової діяльності*.

Інвалідність у *колишніх військовослужбовців* встановлюється при наявності її причинного зв'язку зі службою в армії у наступних випадках:

- під час військової служби;
- не пізніше трьох місяців після звільнення з військової служби;
- пізніше трьох місяців після демобілізації, але внаслідок поранення, контузії, каліцтва чи захворювання, що мали місце під час військової служби.

Наказом МОЗ, Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та в справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 30.05.97 № 166/129 затверджено положення про систему *експертизи* із встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Передбачено створення спеціальних експертних комісій:

- для дорослих - Центральна та регіональні міжвідомчі експертні комісії в містах Вінниці, Дніпропетровську, Донецьку, Києві, Львові, Харкові; обласні (міські) спеціалізовані медико-соціальні експертні комісії (облспецМСЕК) та обласні спеціалізовані лікарсько-консультативні комісії (облспецЛКК);
- для дітей - Центральна дитяча та дитячі обласні (міські) спеціалізовані лікарсько-консультативні комісії (дитячі облспецЛКК).

До складу вказаних вище комісій входять:

- експертно-консультативна група висококваліфікованих фахівців з різних медичних спеціальностей, які пройшли підготовку з радіаційної медицини;

- безпосередньо члени експертної комісії з досвідчених фахівців закладів Міністерства охорони здоров'я України, які пройшли підготовку з радіаційної медицини.

Склад експертів-консультантів і членів комісії затверджують МОЗ і Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та в справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Протягом двох років склад членів експертних комісій повинен оновлюватись на 30 %, а експертно-консультативна група має бути замінена.

Розгляд медичних справ експертними комісіями проводиться за особистим зверненням і направленням спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу при наявності посвідчення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Експертиза медичних документів повинна здійснюватись після повного та всебічного медичного обстеження постраждалого, проведення необхідних досліджень, визначення клініко-функціонального діагнозу.

Експертні комісії керуються в своїй роботі затвердженим наказом МОЗ України від 17.05.97 № 150 переліком хвороб і відповідною інструкцією із застосування цього переліку хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок їх, а також інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на Чорнобильській АЕС.

Висновки експертних комісій про причини захворювань постраждалих є підставою для підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності та видів їх діяльності, для надання цим особам пільг, передбачених чинним законодавством.

Існують *три групи інвалідності*. Найважчою з них є *перша* - вона встановлюється особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього догляду, нагляду чи допомоги.

Друга група встановлюється особам, що також мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, нагляду, тобто здатні обслуговувати себе самостійно.

Встановлення *третьої* групи інвалідності передбачає можливість продовження трудової діяльності. Вона стосується осіб з обмеженою працездатністю в таких випадках:

- при необхідності значного зниження обсягу виробничої діяльності;
- при значному зниженні кваліфікації чи втраті професії;
- при значному утрудненні у виконанні професійних обов'язків внаслідок анатомічних дефектів, що наведені в затвердженому МОЗ України переліку дефектів.

Кожна група інвалідності визначається на певний термін із зазначенням строку переосвідчення. Переосвідчення осіб працездатного віку може бути через 1-3 роки. Направлення на переосвідчення раніше визначеного терміну може бути лише у випадку необхідності перегляду групи внаслідок погіршення стану хворого.

Досить часто група інвалідності встановлюється *без зазначення терміну* переосвідчення тобто безстроково. Це буває в разі:

- пенсійного віку інваліда;
- наявності стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень;
- неефективності реабілітаційних заходів;
- несприятливого клінічного та трудового прогнозу.

Реабілітація інвалідів передбачає медичну, соціальну, професійну реабілітацію, а також спеціальну реабілітаційну підготовку дітей.

Відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда МСЕК розробляє для кожного з них рекомендації за участю лікуючого лікаря.

МСЕК визначає сприятливі для кожного інваліда за станом здоров'я види трудової діяльності та умови праці для відновлення порушених функцій організму, перевіряє відповідність умов праці інвалідів своїм висновкам.

У разі *незгоди* громадянина з рішенням районної, міжрайонної, міської МСЕК він має право подати *протягом місяця письмову заяву* до Кримської республіканської, обласної, центральної міської МСЕК або до МСЕК, у якій він проходив огляд, чи до відповідного управління охорони здоров'я.

Комісія, що проводила огляд, або управління охорони здоров'я надсилають у *триденний термін* з дня одержання заяви *всі наявні документи* разом із заявою на розгляд Кримської республіканської, обласної, центральної міської МСЕК, які протягом місяця (з дня подання заяви) проводять повторний огляд хворого та приймають відповідне рішення.

Рішення МСЕК може бути оскаржене в судовому порядку.

Документація МСЕК:

- акт освідчення у МСЕК;
- книга протоколів засідань МСЕК;
- статистичний талон до акта освідчень у МСЕК;
- щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (ф. № 37 - здоров).

Основними показниками, що характеризують інвалідність, є:

- показник інвалідності (контингент інвалідів) - число всіх інвалідів на перше січня поточного року в розрахунку на 10000 населення;
- показник інвалідизації (первинної інвалідності) - число осіб, вперше визнаних інвалідами, на 10000 населення;
- структура інвалідності за причинами, групами.

Основні показники роботи МСЕК:

- ефективність реабілітаційних заходів;
- розбіжність у рішеннях ЛКК і МСЕК;
- питома вага виїзних засідань МСЕК.

- Протягом останніх років у структурі інвалідності відбулись істотні зміни, а саме зросла частка інвалідів першої та зменшилась частка інвалідів третьої

групи. Як і в минулі роки, найвищий рівень інвалідності спостерігається в осіб похилого віку.

Про основні тенденції показників інвалідності в Україні за останні 10 років йдеться в розділі 4.

Контрольні питання

1. Види медичної експертизи. Мета, заклади, відповідальні за проведення кожного виду.
2. Види та ступінь непрацездатності.
3. Система державного соціального страхування в Україні. Порядок і умови оплати по листках непрацездатності.
4. Завдання лікувально-профілактичних закладів з медико-соціальної експертизи працездатності.
5. Послідовність дій лікаря при експертизі тимчасової непрацездатності. Види тимчасової непрацездатності.
6. Правила видачі листків непрацездатності при захворюваннях.
7. Правила видачі листків непрацездатності при травмах і переведенні на іншу роботу.
8. Правила видачі листків непрацездатності по догляду за хворою дитиною та дорослим членом сім'ї.
9. Правила видачі листків непрацездатності при карантині та протезуванні.
10. Організація експертизи стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад, функції.
11. Види та основні причини стійкої непрацездатності.
12. Документація та основні показники, що використовуються в роботі МСЕК.

Розділ 11. ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Стоматологічна допомога є одним із наймасовіших видів медичного обслуговування населення. Звернення до лікарів-стоматологів займають друге місце після звернень до лікарів-терапевтів і становлять понад чверть загальних звернень хворих до всіх лікарів.

У цьому розділі розглядаються історія виникнення та розвитку стоматологічної служби, основи та принципи організації різних її видів (амбулаторно-поліклінічної, швидкої, стаціонарної) окремим контингентам населення, завдання, структура та функції лікувально-профілактичних закладів, у яких надається стоматологічна допомога.

Наведені деякі методики вивчення та аналізу стоматологічної захворюваності у взаємозв'язку з чинниками, які впливають на її поширеність.

Аналізується діяльність стоматологічних закладів і підрозділів (поліклініки, відділення, кабінету), а також окремих лікарів-стоматологів, хірургів, ортопедів.

Представлені також деякі концепції подальшого розвитку стоматологічної допомоги в нових економічних умовах.

Виникнення та становлення стоматологічної допомоги в історії людства йшло паралельно з розвитком усієї медицини. Не заглядаючи в далеке минуле, можна зазначити, що на нашій землі вже в часи Київської Русі медицина була представлена так званими цілителями - народними лікарями. Серед них був навіть своєрідний розподіл за професіями: травники, зільники, костоправи, зубоволоки тощо.

В середні віки медичну допомогу надавали банщики, цирюльники, мандруючі лікарі. В Україні, наприклад, у Києві, Львові, Луцьку існували навіть великі цехи цирюльників, у яких майстри цирюльної справи вчили своїх учнів не тільки мистецтву "брадобрейства", але й відповідним методам лікування.

В XVII-XIX століттях лікуванням зубів займалися в основному іноземні зубні лікарі-дантисти.

Для упорядкування та регламентації діяльності зубних лікарів Медичною Колегією навіть було видано спеціальний наказ, згідно з яким зубного лікаря слід було екзамінувати з анатомії щелепів, зубів і хвороб ясен, з усіх зубних хвороб, рівно як і з тих, що потребують операції. Зубний лікар повинен був зробити кілька зубних операцій, а також вміти робити та вставляти штучні зуби.

Наприкінці XIX сторіччя лікуванням зубних хвороб почали займатися *зубні лікарі* - випускники спеціальних шкіл зуболікувального мистецтва. Відкривались такі школи в університетських містах і утримувались за рахунок підприємців. В Україні вони були відкриті в Києві, Одесі. В 1898 році була

припинена підготовка дантистів на основі учнівства. Зубний лікар, на відміну від дантиста, отримував середню освіту та мав відповідний диплом. Державної системи підготовки зубних лікарів не існувало.

В роки Радянської влади існуючі зуболікарняні школи були націоналізовані, а також відкриті нові відповідні заклади для забезпечення зростаючої потреби населення в зубних лікарях. Підготовка зубних лікарів на їх базі існувала до 1976 року. Не дивлячись на досягнутий прогрес у підготовці зубних лікарів, було ясно, що такого рівня підготовки для них явно недостатньо, і що доцільніше було б їх готувати при медичних факультетах університетів.

За наказом Наркомату охорони здоров'я України від 10 серпня 1918 року, в Києві на базі 3-х націоналізованих приватних зуболікарняних шкіл при медичному університеті був створений *одонтологічний* факультет.

У 1927 році Наркоматом охорони здоров'я було видано директиву про зміцнення одонтологічних факультетів, а в 1930 році вони були переіменовані в *стоматологічні*.

Одночасно з появою й вдосконаленням форм і методів підготовки спеціалістів, розробкою та впровадженням у практику ефективних методів і технологій вдосконалювалась також і організація стоматологічної допомоги.

Спочатку більш-менш організована зуболікарняна допомога надавалась у приватних, здебільшого дрібних зуболікувальних кабінетах.

У подальшому почали створюватись самостійні зубопротезні амбулаторії, в складі яких почали відкривати кабінети з терапевтичної та хірургічної стоматології.

З часом з'явилися більш прогресивні форми — відділення ортопедичної стоматології із зуботехнічними лабораторіями.

Вдосконалення організаційних форм стоматологічної допомоги поступово призвело до створення закладів більш високого рівня - стоматологічних поліклінік.

Значні зміни в організації стоматологічної допомоги розпочались після прийняття постанови Ради Міністрів Союзу РСР (1961). У 60-70 роках значно покращилась підготовка стоматологів, активно створювались нові стоматологічні поліклініки, збільшувались стоматологічні відділення поліклінік, медико-санітарних частин, зміцнювалась мережа зуботехнічних лабораторій, були відкриті нові стоматологічні факультети, інститути тощо.

На IV Всесоюзному з'їзді стоматологів (1962) було рекомендовано розвивати насамперед самостійні багатопрофільні стоматологічні поліклініки для дорослих і дітей, що мали б стати лікувально-консультативними та організаційно-методичними центрами.

Амбулаторно-поліклінічна стоматологічна допомога є *найбільш масовим* різновидом медичної допомоги населенню. Із загальної кількості відвідувань на частку лікарів-стоматологів припадає 11,4 %.

На даний час в Україні добре відпрацьована й функціонує в міській та сільській місцевості широка мережа закладів стоматологічного профілю.

її характеристика на початок 1998 року така:

<u>Самостійні поліклініки для дорослих</u>	262
Самостійні поліклініки для дітей	
<u>Відділення та кабінети в лікувально-профілактичних закладах загального профілю</u>	4637
Дитячі стоматологічні кабінети як самостійні, так і в складі дитячих і дорослих стоматологічних поліклінік і амбулаторно-поліклінічних закладів загального профілю	5141
<u>Лікарняні профільні установи, які мають стоматологічні відділення</u>	4477
На господарсько-розрахункових умовах:	
поліклініки	21
зубопротезні відділення	885

За останні роки зросла забезпеченість населення лікарями стоматологічного профілю (табл. 1).

Таблиця I

**Забезпеченість населення України лікарями-стоматологами
(зубними лікарями)**

Спеціальність	Кількість лікарів на 10000 населення						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Всього лікарів стоматологічного профілю	3,9	3,97	4,02	4,05	4,02	4,13	4,18
В т.ч. стоматологів-терапевтів	2,5	2,54	2,58	3,55	3,52	3,6	3,24
хірургів	0,3	0,32	0,33	Н/в	Н/в	Н/в	0,34
ортопедів	0,6	0,65	0,65	Н/в	Н/в	Н/в	0,60
дитячих	0,4	0,45	0,46	0,5	0,51	0,52	0,52
зубних лікарів	0,7	0,68	0,68	0,66	0,64	0,63	0,63
Разом	4,6	4,7	4,8	4,8	4,7	4,8	4,8

Стоматологічні захворювання (карієс зубів, хвороби тканин пародонта, захворювання слизової оболонки порожнини рота, травми і інші) відносяться до найбільш поширених захворювань людини на земній кулі. Масове ураження карієсом усіх вікових груп населення (90 %), високі рівні ураженості населення пародонтозом (до 40 %) та іншими стоматологічними захворюваннями свідчать про те, що їх профілактика, особливо боротьба з каріозною хворобою і хворобами тканин пародонта, є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності. За даними ВООЗ більше 80 % дітей раннього віку страждає на гінгівіт, все доросле населення - на гінгівіт або пародонтит. Тому практично все населення старше трьох років потребує різноманітних видів стоматологічної допомоги.

Поширеність карієсу в Україні також значна, причому існують відчутні регіональні особливості (табл. 2).

Таблиця 2

**Поширеність карієсу серед різних вікових груп населення України
(середні дані на 100 оглянутих відповідного віку по регіонах з різним
рівнем захворюваності)**

Рівень	Області	Населення	Вік (років)		
			12	15	35-44
Низький	Дніпропетровська, Київська, Кіровоградська, Сумська, Полтавська, Харківська	Міське	73,2	86,6	97,2
		Сільське	59,6	73,2	92,7
Середній	Вінницька, Волинська, Житомирська, Запорізька, Кримська, Миколаївська, Одеська, Тернопільська, Херсонська	Міське	86,6	94,2	97,3
		Сільське	85,2	88,0	97,5
Високий	Закарпатська, Луганська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька, Чернігівська	Міське	93,6	80,8	100
		Сільське	97,6	97,6	96,3

На поширеність стоматологічних захворювань впливають *різноманітні* фактори. До них належать геохімічні особливості клімато-географічних зон, зокрема зміст фтору в питній воді та продуктах харчування, а також певні професійні умови.

Недотримання режиму харчування, надлишкове вживання вуглеводів, особливо у працівників кондитерських виробництв, сприяє більш інтенсивному ураженню зубів карієсом. Підвищений вміст фтору у воді та продуктах харчування призводить до захворювання на флюороз зубів, а зниження його може бути причиною карієсу зубів.

Прикладом зв'язку стоматологічних захворювань з різними *виробничими умовами* можуть бути стоматити від випромінювання, ртутний, свинцево-вісмутовий гінгівіт тощо.

Встановлено, що поряд з чітко вираженою прямою залежністю показників ураження карієсом зубів *від віку*, їх рівень залежить також і *від статі*. У жінок вони вищі, ніж у чоловіків.

Формування зубо-щелепної системи плода залежить від стану здоров'я вагітної жінки, від дотримання нею загальноприйнятих правил догляду за зубо-щелепною системою.

Після народження дитини на формування зубо-щелепної системи починає впливати насамперед *харчування*, його білково-вуглеводне співвідношення, а також згубні звички (смоктання пальців, язика тощо). Надмірне надходження до організму вуглеводів в якійсь мірі обумовлює захворюваність на карієс навіть молочних зубів, а це потребує своєчасного лікування.

Запізніле ж лікування постійних зубів призводить до їх руйнування, випадіння, викривлення, а каріозна порожнина зуба, як постійне вогнище інфекції, може стати причиною багатьох захворювань (ангіна, ревматизм, нефрит тощо).

Слід зазначити, що відбуваються зміни поширеності карієсу в різних регіонах світу. В тих регіонах, де він був традиційно високим, спостерігається

зменшення, в той же час він зростає в країнах, які розвиваються. Причини цього явища до кінця не з'ясовані. Насамперед це обумовлюється умовами, рівнем і способом життя людей (широке застосування фторидів, з одного боку та збільшення вживання цукру, з іншого), змінюється також по мірі підвищення життєвого рівня поведінка людей відносно не тільки до свого здоров'я взагалі, але й до стану порожнини рота.

Важливого соціально-гігієнічного значення набувають питання профілактики природжених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки, частота яких коливається від 0,7 до 1,3 на 1000 пологів; боротьби із травматизмом, значна частка якого припадає на пошкодження щелепно-лицевої ділянки; організації швидкої медичної допомоги, а також реабілітації хворих, які лікувались з приводу злоякісних пухлин щелепно-лицевої системи. Всі ці обставини підкреслюють значущість покращання та удосконалення стоматологічної допомоги населенню.

Комітет ВООЗ з гігієни зубів (1966) зазначив, що на основі розробленого ним поняття *"здоров'я"*, концепція здорових зубів стає невідкладною частиною загального здоров'я і має значення тільки при її розгляді в такому контексті. Комітет експертів ВООЗ визначив *"здорові зуби"*, а більш точно *"здорова ротова порожнина"* (1979), як *"стан, при якому зуби та опорні тканини, а також частини, які розташовані навколо ротової порожнини, та різноманітні структури щелепно-лицевого комплексу, що відносяться до жування, відповідають нормі та правильно функціонують"*.

Таким чином, вплив клімато-географічних, соціальних, біологічних факторів на захворюваність зубів, ротової порожнини різноманітний і багатогранний. Тому для стоматолога дуже важливо знати механізми впливу їх на розвиток і формування зубощелепної системи. Все це значно розширює й доповнює знання про етіологію стоматологічних захворювань, що, в свою чергу, допомагає здійснювати відповідні профілактичні заходи, спрямовані на покращання умов праці та побуту, на підвищення рівня санітарної культури населення. В кінцевому результаті ці заходи впливають на зниження карієсу, пародонтозу та інших захворювань ротової порожнини.

В роботі лікаря-стоматолога значний обсяг займає *профілактична діяльність*. Виходячи з сучасної уяви про етіологію та патогенез стоматологічних захворювань, розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику.

Первинна профілактика - це система державних, соціальних і медичних заходів, спрямованих на попередження різних, у т.ч. стоматологічних, захворювань шляхом усунення причин і умов їх розвитку. Об'єктом первинної профілактики є здорова чи практично здорова людина.

Вторинна профілактика - це комплекс методів лікування карієсу та його ускладнень, захворювань пародонта та зубощелепних аномалій. Головним методом вторинної профілактики з метою недопущення розвитку ускладнень хвороби є планова санація.

Третинна профілактика — це відновлення функції зубощелепної системи після втрати зубів і внаслідок захворювань за допомогою складних реконструктивних операцій на обличчі та щелепах. Це своєрідна реабілітація хворого з метою недопущення інвалідизації.

Методи профілактики в стоматологічній практиці дуже різноманітні. Вона повинна бути спрямована передусім на відновлення порушеного обміну речовин у тканинах зубів і органів щелепно-лицевої ділянки та загалом в організмі.

Головну увагу потрібно надавати організації та проведенню планової оздоровчої роботи серед дітей. Необхідно прагнути до того, щоб кожна дитина дошкільного та шкільного віку була охоплена санацією порожнини рота та зубів.

Профілактична робота проводиться на декількох рівнях:

1. *державний*, що поширюється на все населення чи великі провідні соціальні, регіональні групи, які мають специфічні риси;
2. *колективний або територіальний*;
3. *сімейний*;
4. *індивідуальний*.

Лікар-стоматолог працює в основному на третьому та четвертому рівнях. На двох перших він має право ініціативної пропозиції.

В стоматології є такі загальноприйняті напрямки профілактики:

1. *Місцеві:*

- вплив на мікроорганізми зубного нальоту з метою послаблення його карієсогенної дії;
- зниження негативного впливу кислотності їжі на тверді тканини зубів;
- застосування дії фтористих сполучень на тканини ротової порожнини;
- індивідуальна та професійна гігієна порожнини рота, гігієнічне виховання та навчання.

2. *Загальні:*

- підвищення резистентності організму, якості формування та функціонування зубощелепної системи (раціональне харчування, адсорбенти, імуномодулятори тощо);
- системне застосування фторидів (фторування питної води, призначення фтору в таблетках).

Основна роль стоматолога в реалізації колективної профілактики зводиться до того, щоб навчити медичний персонал і населення використовувати її методи, здійснювати контроль за ефективністю проведення профілактичних заходів щодо вторинної профілактики.

Одним з основних розділів роботи дитячих лікарів-стоматологів повинна бути *планова санація* порожнини рота.

До планової санації відноситься комплекс активних лікувально-профілактичних і організаційних заходів, спрямованих на попередження, раннє виявлення та лікування хвороб порожнини рота, формування груп диспансерного

спостереження. Вона здійснюється згідно з графіками, складеними заздалегідь і узгодженими з директорами шкіл і керівниками дитячих колективів.

Під час санації мають бути вилікувані всі захворювання порожнини рота. Комплекс заходів включає лікування карієсу, усунення дефектів тканин зуба іншої етіології, пломбування, видалення зруйнованих зубів і їх коренів, які не підлягають консервативному лікуванню, видалення зубного каменю, протизапальну терапію крайового пародонта, підготовку порожнини рота до протезування чи ортодонтичного лікування.

Існує декілька форм санації:

• *індивідуальна* - при самостійному зверненні за допомогою до стоматолога;

• *разова чи періодична*, організована санація - виявлення та повне вилікування захворювань зубів і порожнини рота серед організованих контингентів робітників промислових підприємств, вагітних, школярів, госпіталізованих хворих.

Санацію порожнини рота та зубів проводять *різними методами*:

1. *Централізований* - передбачає огляд, діагностику та всі види лікування в умовах поліклініки.

2. *Децентралізований* — санація порожнини рота та зубів здійснюється безпосередньо в дитячих закладах (школах, дитячих садках, яслах).

3. *Бригадний* - в стоматологічній поліклініці створюють бригаду в складі 3-6 лікарів, однієї медичної сестри та санітарки. Вона виїздить до шкіл, дошкільних закладів для проведення планової санації на спеціально обладнаному автобусі (пересувний стоматологічний кабінет).

Зараз досить часто використовується централізована санація. Вчителі приводять дітей зі школи до поліклініки. Іноді не всіх, а лише тих, що потребують санації. В цьому випадку стоматолог повинен провести попередній огляд у школі з метою відбору потрібних контингентів.

11.1. Організація стоматологічної допомоги міському населенню

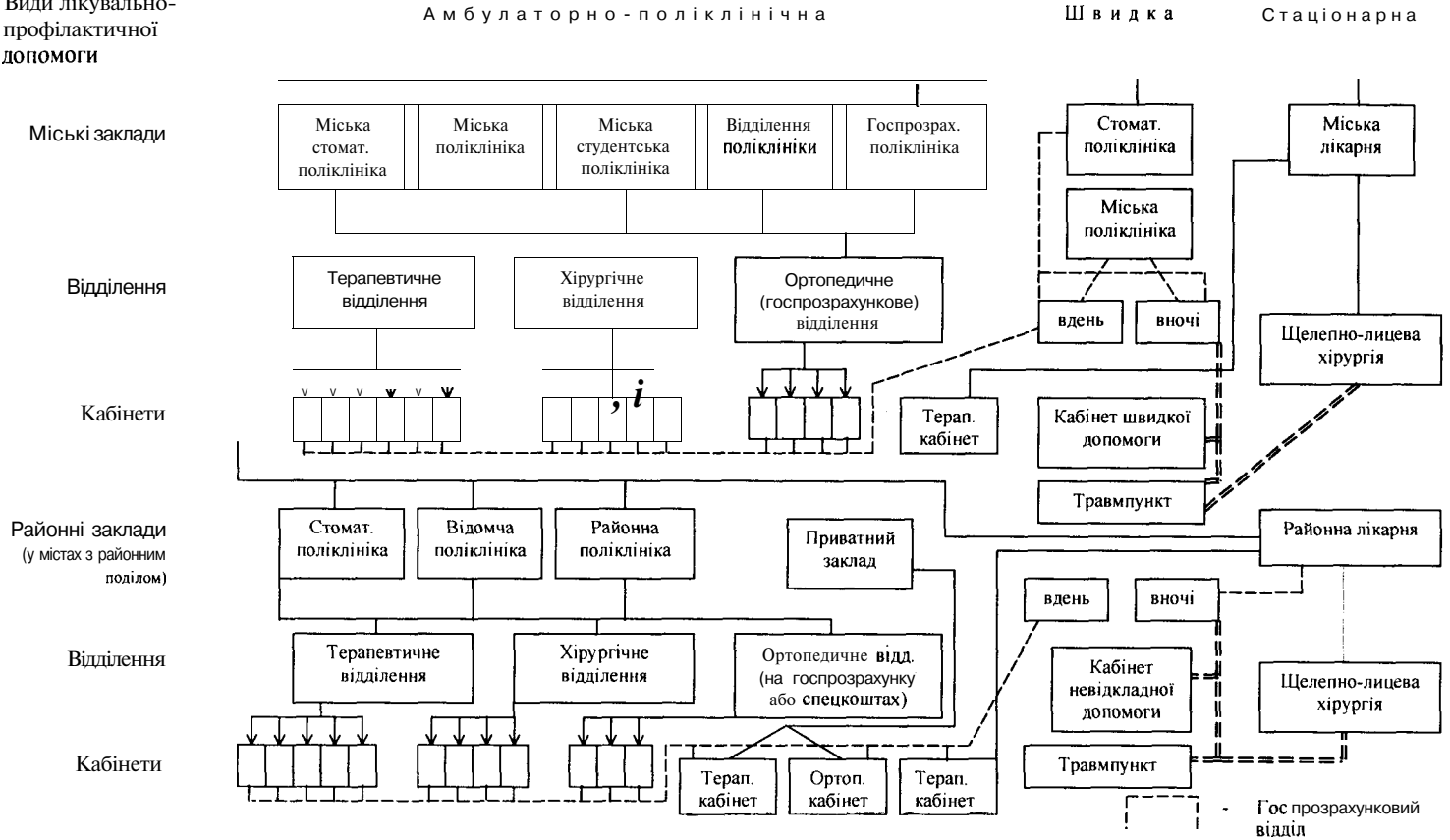
Стоматологічна допомога *міському населенню* надається в різноманітних закладах або підрозділах, починаючи із стоматологічного кабінету і закінчуючи самостійною спеціалізованою стоматологічною поліклінікою (мал. 1).

Початком цієї організаційної ієрархії є *стоматологічний кабінет* — найбільш масовий структурний підрозділ служби. Вершиною організації і концентрації усіх її видів є *самостійна спеціалізована стоматологічна поліклініка з відділеннями терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології, відділенням чи кабінетом дитячої стоматології* (у великих містах можуть бути і самостійні дитячі стоматологічні поліклініки), *ортодонтичним, фізіотерапевтичним, рентгенологічним кабінетами та лабораторією*.

М і с ь к е Т М О

Головний стоматолог

Види лікувально-профілактичної допомоги



Мал. 1. Організаційна схема надання стоматологічної допомоги міському населенню.

Такий *високоспеціалізований заклад* з достатньою кількістю висококваліфікованих фахівців дозволяє комплексно вирішувати питання діагностики і лікування хворих, максимально використовувати майно, обладнання, інструментарій та мати можливість консультивати хворих у різних спеціалістів в одному закладі.

Потужність стоматологічних поліклінік буває різною та визначається кількістю штатних лікарських посад. Ці категорії з орієнтовним штатним розподілом представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Категорії самостійних стоматологічних поліклінік і штатні нормативи лікарського персоналу (орієнтовний розподіл по відділеннях і кабінетах)

Найменування відділень і кабінетів	Категорії поліклінік і число лікарських посад				
	I	II	III	IV	V
	Від 30 до 40	Від 25 до 30	Від 20 до 25	Від 15 до 20	Від 10 до 15
1. Головний лікар	1	1	1	1	1
2. Заступник головного лікаря	1	-	-	-	-
3. Завідувачі відділень	3	3	2-3	1-2	1
4. Відділення:					
• терапевтичне	9-14	8-10	7-8	6-7	4-6
• хірургічне	2-3	2	2	1-2	1-2
• ортопедичне	5-7	4-5	4	3-4	1-2
• дитяче	6-8	5-6	3-5	2-3	1-2
3. Кабінети					
• ортодонтичний	2	2	1-2	1	1
• фізіотерапевтичний	0,5	0,5			
• рентгенологічний	0,5	0,5			
Всього	30-40	25-30	20-25	15-20	10-15

Крім наведених категорійних поліклінік, у великих містах створюються також і *позакатегорійні* поліклініки із кількістю лікарів більше 40. Структура такої поліклініки принципово не відрізняється від закладів інших категорій, але має значно більшу потужність. У ній може бути декілька терапевтичних і ортопедичних відділень, а також спеціалізовані кабінети: анестезіологічний, процедурний та інші.

Переважає більшість хворих лікується в *терапевтичному* відділенні, тому від 30 до 50 відсотків усього лікарського персоналу поліклініки - це зайняті безпосередньо лікуванням захворювань порожнини рота та зубів. Частка лікарів-стоматологів-хірургів дорівнює 7-8 відсоткам, лікарів-стоматологів-ортопедів у середньому - 16-18 відсотків.

Невідкладна стоматологічна допомога в години роботи поліклініки надається черговим стоматологом, а в нічний час - лікарями спеціальних пунктів невідкладної стоматологічної допомоги, організованих у кількох поліклініках міста.

Окрім бюджетної мережі стоматологічних поліклінік, у містах відкриваються *госпрозрахункові (платні)* поліклініки, в яких надається висококваліфікована стоматологічна допомога всім мешканцям незалежно від віку, місця роботи та проживання.

Головний лікар стоматологічної поліклініки здійснює керівництво всією лікувально-профілактичною, організаційно-методичною, господарською та фінансовою діяльністю, контролює проведення заходів, спрямованих на підвищення якості та культури медичного обслуговування населення, він *аналізує* показники діяльності закладу та окремих спеціалістів, призначає та звільнює з роботи медичний та адміністративно-господарський персонал, накладає дисциплінарні стягнення на працівників за порушення трудової дисципліни.

Як розпорядник кредитів, він *контролює* правильність використання бюджету, несе відповідальність за санітарний стан і виконання протипожежних заходів тощо.

Залежно від категорії поліклініки, головний лікар може мати *заступника* з лікувально-профілактичної та з адміністративно-господарчої роботи.

Заступник з лікувально-профілактичної роботи несе відповідальність за якість обстеження та лікування хворих, лікарську експертизу, раціональне використання медикаментів, устаткування, підвищення кваліфікації медичного персоналу. Він вирішує питання госпіталізації хворих, разом з організаційно-методичним кабінетом вивчає досвід роботи інших стоматологічних поліклінік, проводить виробничі наради.

Кожне відділення очолює *завідувач*, який *забезпечує* організацію правильної та своєчасної діагностики, якісне лікування та профілактику захворювань, відповідне ведення медичної документації, підвищення кваліфікації лікарів і середніх медичних працівників, зберігання та використання устаткування, інструментів і медикаментів.

Штатні нормативи медичного персоналу стоматологічних поліклінік визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000 р. Згідно з ним, в міських стоматологічних поліклініках для дорослих, розташованих у містах з населенням понад 25 тис. чоловік, вони такі:

- 1,4 посади *лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів* сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де знаходиться поліклініка;
- 2,5 посади сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
- 2,7 посади сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого населення інших населених пунктів;
- 2 посади *лікарів-стоматологів-ортопедів*, що утримуються на госпрозрахунку або на спеціальні кошти, встановлюють з розрахунку:
 - 1 посада на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де розташована поліклініка;
 - 0,7 посади на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
 - 0,8 посади на 10 тисяч чоловік дорослого населення інших населених пунктів;

3. посади *завідувачів* відділень встановлюють:

- стоматологічне відділення - 1 посада на кожні 12 посад лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів, але не більше 3-х посад на поліклініку;
- зубопротезне відділення (утримується на госпрозрахунку або за рахунок спецкоштів) - 1 посада на поліклініку, в якій за діючими штатними нормативами встановлено не менше 4 посад лікарів-стоматологів-ортопедів.

Посада *заступника головного лікаря* з медичної частини передбачена в штаті поліклініки, де є не менше 40 лікарських посад, враховуючи посаду головного лікаря.

Посади лікарів-стоматологів-хірургів у *відділеннях щелепно-лицевої хірургії* встановлюються з розрахунку 1 на 25 ліжок. Відповідно до нормативів забезпечення населення лікарняними ліжками за окремими фахами, ліжка щодо стоматології не передбачені. Їх розгортають, як правило, у великих містах в одній з міських лікарень за узгодженням з місцевими органами охорони здоров'я. Посада *завідувача хірургічного стоматологічного відділення* встановлюється замість 0,5 посади лікаря при наявності у відділенні не менше 60 ліжок.

Для обслуговування хворих у стаціонарах обласних, центральних міських та міських лікарень, медико-санітарних частин організують *зуболікарняні кабінети* з розрахунку 1 посада на 600 ліжок, у туберкульозних лікарнях - 0,5 на кожні 250 ліжок, але не менше 0,5 посади в лікарнях.

Посади *медичних сестер* лікарських кабінетів встановлюються з розрахунку 1 посада на:

- 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга;
- 2 посади лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-ортодонтів;
- 3 посади лікарів-стоматологів-ортопедів.

У стоматологічних кабінетах, де за штатами передбачена одна посада лікаря-стоматолога, вводиться не менше однієї посади медичної сестри.

У зуботехнічних лабораторіях, які утримуються на госпрозрахунку або за спецкошти, число *зубних техніків* встановлюється залежно від обсягу роботи щодо протезування із розрахунку 2-3 посади на стоматолога-ортопеда. Посада *старшого зубного техника* зуботехнічної лабораторії передбачається на кожні 10 посад зубних техніків, але не менше 1 посади на 3 зубних техніків замість однієї з них.

Посади *молодших медичних сестер* встановлюються із розрахунку 1 посада на 1 посаду стоматолога-хірурга, чи на 3 посади стоматологів інших спеціальностей (терапевтів, ортопедів, ортодонтів).

Обов'язковим структурним підрозділом будь-якої стоматологічної поліклініки є *реєстратура* (з медичним архівом), яка регулює потік хворих, здійснює обліково-статистичну та довідково-інформаційну діяльність.

Реєстратура працює у дві зміни. Її робота повинна розпочинатися за 20-25 хвилин до початку прийому хворих. Залежно від потужності поліклініки в реєстратурі в одну зміну може працювати кілька реєстраторів. Реєстратор

заповнює паспортну частину медичної картки стоматологічного хворого, випи- сує талон на прийом до лікаря, де вказані дата та час прийому, прізвище лікаря, номер кабінету, поверх. Медичні картки передаються у кабінети. Реєстратори контролюють самозапис хворих на прийом, надають довідки про роботу інших лікувальних закладів міста.

Розрахунки посад реєстраторів роблять за принципом один реєстратор на кожні п'ять посад лікарів, які ведуть прийом, але не менше однієї посади на зміну.

Для економії часу в поліклініці організують *оглядовий кабінет*, лікар-стоматолог якого забезпечує обгрунтоване направлення хворих до інших каби- нетів, при необхідності надає невідкладну допомогу.

Терапевтичне відділення має кабінети для лікування захворювань зубів, пародонта та слизової порожнини рота. У великих поліклініках може бути два терапевтичних відділення (друге відділення терапевтичної стоматології із лікування хвороб пародонта та слизової оболонки порожнини рота). В деяких поліклініках до складу терапевтичного відділення входить фізіотерапевтичний кабінет.

Приміщення кабінету терапевтичної стоматології при встановленні в ньому одного крісла повинно мати площу не менше 14 м². На кожне додаткове крісло треба виділяти не менше 7 м².

Лікарі відділення терапевтичної стоматології працюють у дві зміни за графіком. Найбільш ефективним виявилось надання терапевтичної стоматоло- гічної допомоги за дільнично-територіальним принципом.

З огляду на право пацієнта вибирати лікаря, амбулаторний прийом у більшості закладів проводять за принципом вільного запису, а за дільнично- територіальним принципом здійснюється лише диспансерна робота (обслугову- вання інвалідів, виклик додому тощо).

Лікар-стоматолог *призначається* на роботу головним лікарем поліклініки. У своїй повсякденній роботі підпорядковується завідувачу відділення, заступ- нику головного лікаря з лікувальної частини та головному лікарю. Розпоря- дження лікаря є обов'язковими для середнього та молодшого персоналу відділення в межах їхніх функціональних обов'язків.

Лікар-стоматолог *зобов'язаний*:

- *забезпечувати* ефективне та якісне надання стоматологічної допомоги хворим;
- *надавати* невідкладну допомогу у випадках анафілактичного шоку, колапсу, втрати свідомості та при інших невідкладних станах;
- брати участь у проведенні медичних оглядів населення;
- проводити експертизу тимчасової непрацездатності;
- проводити диспансерне спостереження за певними контингентами;
- систематично *підвищувати* свій професійний рівень, застосовуючи нові методи та засоби діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань;

- постійно *підвищатися* про підвищення професійних теоретичних навичок середнього та молодшого медичного персоналу;
- *проводити* санітарно-просвітницьку роботу серед населення;
- *дотримуватись* правил техніки безпеки та протипожежних засобів на робочому місці.

Лікар-стоматолог *несе відповідальність* за:

- *невиконання* виробничого плану та неякісне лікування хворих;
- *виникнення* ускладнень після лікування з його вини;
- неякісне і несвоєчасне *ведення* необхідної медичної документації;
- *нераціональне використання* лікувально-діагностичної апаратури, яка є в наявності, інструментарію та іншого медичного обладнання.

Результати медичних оглядів, а також дані спостережень за хворими під час амбулаторного прийому дозволяють виділити *диспансерні групи* для подальшого обліку, спостереження та лікування.

Д1 - здорові та практично здорові особи, які не мають захворювань зубів, пародонта і аномалій прикусу. Сюди ж належать хворі, що мають компенсовану форму карієсу, хвороби слизової оболонки, пов'язані із негігієнічним утриманням порожнини рота, та хворі після травматичного пошкодження зубощелепної системи. Їх санація здійснюється один раз на рік.

Д2 — особи, які мають субкомпенсований численний карієс, флюороз зубів, підвищену їх крихкість та ламкість, гінгівіт, пародонтит, лейкоплакії, невралгії трійчастого нерва, після оперативних втручань і зубощелепних травм, ті, що мають запальні процеси (остеомиєліт, одонтогенний лімфаденіт, тощо), перебувають на ортодонтичному лікуванні тощо. Їх оглядають і санують не менше як 2 рази на рік.

Д3 - особи із суб- і декомпенсованою формами карієсу, численним його проявом, генералізованим пародонтозом або пародонтитом, захворюваннями крайового пародонта, обумовленими хворобами внутрішніх органів (пародонтальний синдром), а також ті, які потребують комплексного стоматологічного лікування з важким перебігом хвороби, з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом тощо. Цю групу оглядають і санують три рази на рік і більше протягом року.

Хірургічне стоматологічне відділення передбачене лише у великих стоматологічних поліклініках при наявності в штаті відділення 6 і більше стоматологів-хірургів.

До структури такого відділення входять: операційна, передопераційна, стерилізаційна та приміщення для тимчасового перебування хворих після операції. Площа хірургічного кабінету з одним стоматологічним кріслом дорівнює 23 м². На кожне наступне крісло додається 7 м².

В стоматологічних поліклініках II-V категорії є тільки хірургічний кабінет.

В останні роки до структури хірургічних відділень стоматологічних поліклінік ввійшли кабінети відновлювального лікування і реабілітації. Це дозволяє

забезпечити спадкоємність у поліклінічному та стаціонарному лікуванні хворих, підвищити його ефективність і знизити тривалість тимчасової непрацездатності.

Основними обов'язками лікаря хірурга-стоматолога поліклініки є:

- прийом первинних та вторинних хворих, діагностика захворювань, надання невідкладної і планової хірургічної допомоги;
- консультативна допомога хворим;
- направлення хворих на консультацію у спеціалізовані заклади та на стаціонарне лікування;
- проведення профілактичних оглядів порожнини рота;
- диспансеризація хворих за профілем;
- експертиза тимчасової непрацездатності;
- проведення медичної реабілітації на етапі долікування хворих з травмами, запальними процесами тканин щелепно-лицевої ділянки.

Стоматологічна ортопедична допомога — одна із основ третинної профілактики. Без ортопедичного втручання неможливо вважати вилікуваними стоматологічних хворих, адже майже всі вони мають ушкодження зубощелепного апарату.

Це має не менш важливе значення і для дитячого організму. Актуальність ортопедичної стоматологічної допомоги підтверджується науковими спостереженнями, які показують, що серед дітей дошкільного віку 20-25 відсотків мають різні порушення в розвитку щелепної системи, причому 5-7 відсотків з них потребують невідкладної ортопедичної допомоги.

Ортопедична допомога надається у відділеннях або кабінетах стоматологічних поліклінік. Лікарі ортопедичного відділення надають медичну допомогу дорослим, а також дітям у випадках, коли при дитячих стоматологічних закладах цієї допомоги немає.

Для ортопедичного лікування контингенти хворих формуються за рахунок самостійного звернення за допомогою, а також за рахунок хворих, направлених лікарями-стоматологами інших спеціальностей.

Діяльність ортопедичного відділення утримується за рахунок госпрозрахункових чи спеціальних коштів. Безкоштовним чи пільговим лікуванням користуються ліквідатори аварії на Чорнобильській АЕС, інваліди війни, праці та особи, до них прирівняні, пенсіонери, діти.

До складу ортопедичного відділення входять кабінети для прийому хворих, зуботехнічна лабораторія та ливарня.

Черговий лікар оглядає хворого та вибирає конструкцію необхідного протезу. Якщо хворому необхідна санація порожнини рота, його направляють до терапевта чи хірурга, які проводять лікування та підготовку до протезування.

Лікар-ортопед після обробки зубів під протези знімає відтиск і через медичну сестру передає його завідувачу виробництва. Завідувач визначає строк проміжного етапу виготовлення протеза та призначає хворого на наступне

відвідування. Залежно від організації роботи зубних техніків ортопедична допомога може надаватись у трьох *формах*:

- індивідуальній - коли зубний технік повністю сам виготовляє зубний протез,
- бригадній - коли йде розподіл за видом протезів;
- поетапній - коли йде розподіл операцій в одному протезі.

В кожній обласній, міській та районній стоматологічній поліклініці (відділенні) організується прийом *лікаря-ортодонта* для лікування та профілактики аномалій прикусу та деформації щелеп у дітей. Посади лікарів-ортодонтів виділяють з посад дитячих лікарів-стоматологів. При нормативі 5,0 лікарів на 10 тисяч дитячого населення на ортодонцію виділяють 0,5 посади.

Посади зубних техніків для обслуговування роботи лікарів-ортодонтів встановлюють з розрахунку 1:1.

Хірургічні стоматологічні стаціонарні відділення організуються в обласних і великих міських лікарнях. Кількість ліжок у них залежить від чисельності населення, яке там проживає та від використання стаціонару в якості клінічної бази вищих медичних закладів.

Самостійне відділення створюється при наявності в його складі від 40 до 60 ліжок. Для стаціонарного лікування хворих з патологією щелепно-лицевої ділянки у невеликих населених пунктах в одному із хірургічних відділень міської чи районної лікарні за згодою місцевих органів охорони здоров'я розгортаються спеціалізовані ліжка. За *штатними нормативами* на одного лікаря-стоматолога-хірурга у стаціонарі припадає 25 ліжок.

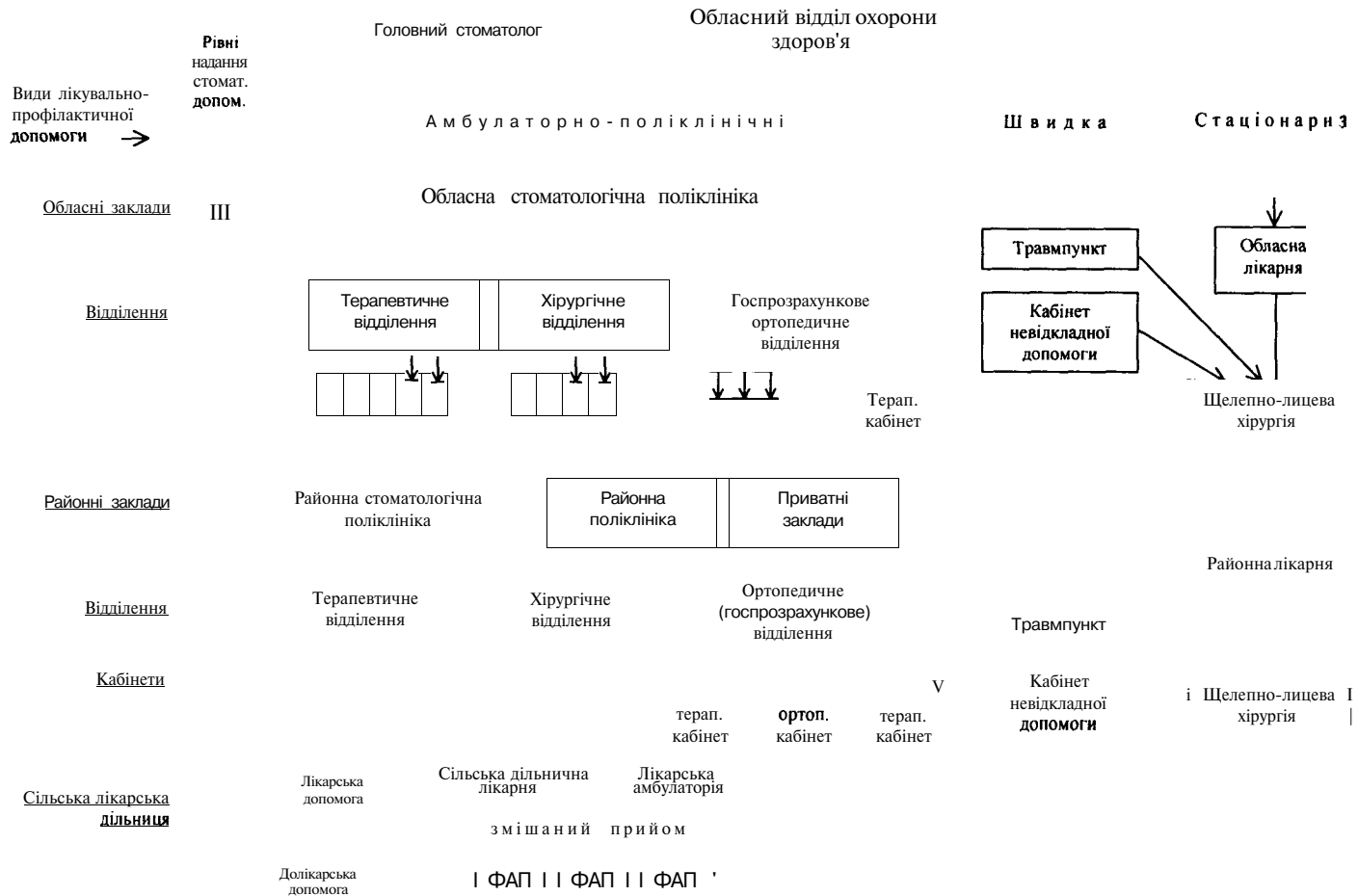
11.2. Організація стоматологічної допомоги сільському населенню

Стоматологічна допомога сільському населенню здійснюється на кожному організаційному етапі медичного забезпечення цього контингенту (мал. 2).

На рівні сільської лікарської дільниці сільським жителям надається первинна стоматологічна допомога, в якій беруть участь різні медичні заклади цього етапу.

На кожному фельдшерсько-акушерському пункті повинно бути обладнання та інструментарій для надання *першої медичної допомоги* стоматологічному хворому. Фельдшер ФАПУ може зняти чи зменшити гострий зубний біль за допомогою анагетиків і протизапальних медикаментів і попередити таким чином розповсюдження одонтогенного запалення, може видаляти зуби III ступеня рухомості.

Він відіграє значну роль у *ранньому виявленні* неускладнених форм стоматологічних захворювань, *пропаганді* санітарно-гігієнічних знань з питань догляду за зубами, в своєчасному направленні хворих до лікаря-стоматолога дільничної лікарні.



Мал. 2. Організаційна схема надання стоматологічної допомоги сільському населенню.

Для планової санації організованих колективів дітей і дорослих, які проживають у непунктових селах, бажаною є організація на ФАПах або в школах стаціонарних стоматологічних кабінетів, куди б згідно з графіком виїздив лікар-стоматолог дільничної або районної лікарні.

В сільській дільничній лікарні чи лікарській амбулаторії функціонує стоматологічний (зуболікарський) кабінет, а в деяких і зуботехнічна лабораторія.

Стоматологічний кабінет створюється в першу чергу при тих дільничних лікарнях, які мають більше 15 ліжок і найбільш віддалені від районних центрів. Лікарські штати встановлюють з розрахунку 0,25 посади стоматолога на 1000 дорослого і 0,25 на 1000 дитячого населення.

Найбільш висока питома вага (понад 50 %) звернень сільського населення припадає на сільську лікарську дільницю. Тому піклування про стан і рівень їх допомоги на першому етапі потребує постійної уваги керівників стоматологічної служби району та області.

Завданням кабінету є надання допомоги з терапевтичної та хірургічної стоматології (а при наявності зуботехнічної лабораторії здійснення також зубопротезування); проведення планової санації дітей дошкільних і шкільних закладів; санація вагітних жінок, стаціонарних хворих, а також декретованих груп робітників сільського господарства.

При наявності на дільниці 4-5 тисяч мешканців найбільш ефективним методом роботи сільського стоматологічного кабінету є диференційований прийом хворих за таким графіком: терапевтичні хворі — 2 дні на тиждень, хірургічні хворі - 1 день. Інші дні відводяться для планової санації.

Однією з найбільш важких з точки зору організації є ортопедична допомога, тому що її рівень залежить не тільки від лікаря, а й насамперед від роботи зуботехнічної лабораторії, яка потребує значних коштів.

Згідно зі штатними нормативами на 1000 дорослого сільського населення виділяються всього 0,07 посади лікаря-стоматолога-ортопеда. Посади зубних техніків на госпрозрахункові чи спецкошти встановлюють залежно від обсягу роботи та діючих норм часу на їх проведення. Тому організувати цю службу в кожному селі неможливо, хоча потреба в ній дуже велика.

Розбіжності в організації ортопедичної стоматологічної допомоги міському і сільському населенню в деякій мірі ілюструють дані таблиці 4.

Таблиця 4

Кількість осіб, яким було проведено протезування зубів
(на 100 осіб дорослого населення)

Населення	Роки	
	1993	1997
Всього в Україні	2,9	1,5
В тому числі:		
мешканцям міст	3,4	1,9
мешканцям сільської місцевості	2,2	1,0

Серед загальної кількості протезованих у 1997 році сільські жителі становили 21 %, міські - 79 %.

Для усунення цих розбіжностей при районних лікарнях для мешканців сіл створюється *централізована зуботехнічна лабораторія*. Лікар-стоматолог дільничної лікарні, який підготував групу з 10-15 чоловік, у визначений день запрошує з району стоматолога-ортопеда та медичну сестру. Вони ведуть прийом вже частково підготовлених хворих. Одночасно формуються зубні відбитки.

Призначивши пацієнтам друге відвідування, бригада повертається до району. Привезені зубні відбитки здають до зуботехнічної лабораторії, робота якої спрямована на першочергове виготовлення протезів для жителів цього села.

Згідно з існуючими штатними нормативами, у сільських лікувально-профілактичних закладах не *передбачені* посади лікарів-стоматологів-ортодонтів, тому ортодонтична допомога дітям надається у районних чи міжрайонних ортопедичних відділеннях (кабінетах).

Стоматологічна допомога населенню *на другому етапі* здійснюється *стоматологічними відділеннями, кабінетами* при центральній районній лікарні чи *самостійною районною стоматологічною поліклінікою* з терапевтичними, хірургічними ортопедичними кабінетами та зуботехнічною лабораторією. В кожному адміністративному районі організується також ортодонтична допомога.

Лікарі стоматологічного відділення чи самостійної стоматологічної поліклініки *надають* населенню спеціалізовану допомогу, *організують* планову санацію дітей шкільного та дошкільного віку, робітників промислових підприємств і груп диспансерного обліку.

Вони також *входять* до складу спеціалізованих бригад лікарів-стоматологів, які виїжджають на приписні дільниці, фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, в сільські дільничні лікарні.

Лікарі стоматологічної поліклініки чи відділення центральної районної лікарні *надають* також організаційно-методичну та лікувально-консультативну допомогу сільським стоматологічним закладам.

Стоматологічне відділення поліклініки районної лікарні складається з трьох *основних кабінетів* - терапевтичної, хірургічної, ортопедичної стоматології та зуботехнічної лабораторії.

При центральній районній лікарні організується також *пересувний стоматологічний кабінет* для надання допомоги сільському населенню. До його штату входять лікар-стоматолог-терапевт, стоматолог-ортопед, зубний технік, медична сестра та санітарка. Пересувні кабінети в першу чергу надають допомогу населенню тих лікарських дільниць, де відсутні лікарі-стоматологи, а також організованим колективам господарств у період масових сільськогосподарських робіт.

Їх графік роботи заздалегідь доводиться до відома місцевих медичних працівників, адміністрації сільськогосподарських підприємств та населення.

В стоматологічному відділенні районної лікарні сільське населення отримує в повному обсязі *більш кваліфіковану та спеціалізовану стоматологічну допомогу*, вищу за якістю та ефективністю порівняно з першим етапом.

Основні функції стоматологічного відділення такі:

- здійснення заходів з профілактики захворювань щелепно-лицевої ділянки;
- своєчасне виявлення хворих та їх лікування;
- надання кваліфікованої амбулаторної стоматологічної допомоги;
- планова санація декретованих груп населення;
- диспансерне спостереження за окремими групами стоматологічних хворих;
- експертиза працездатності;
- комплекс реабілітаційних заходів і, перш за все, ортопедичне лікування і протезування;
- аналіз стоматологічної захворюваності.

В сільській місцевості, особливо в період активних сільськогосподарських робіт, лікарі-стоматологи повинні широко використовувати *односеансові* методи лікування, за принципом максимального надання допомоги в одне відвідування з метою попередження ускладнень незакінченого лікування (це особливо стосується карієсу) та економії часу пацієнта.

Така практика обумовлена тим, що сільське населення звертається в стоматологічне відділення районної поліклініки в основному в період гострого болю, після зняття якого досить часто не з'являється повторно для закінчення лікування.

Що стосується хірургічних хворих з гострим болем, то вони повинні одержати допомогу в день звернення до поліклініки.

Ортопедична стоматологічна допомога в районній поліклініці надається лікарями-стоматологами-ортопедами та зубними техніками. Однак зуботехнічна лабораторія, в зв'язку з відсутністю технічних можливостей, не спроможна виготовити литі бюгельні та порцелянові протези, напівкоронки, коронки з облицюванням, штифтові зуби та інше. Ця складна робота може виконуватись тільки у великих централізованих лабораторіях при обласних стоматологічних поліклініках, куди надходять воскові репродукції протезів з районних лікарень. В областях з недостатньою забезпеченістю зубопротезною допомогою можуть бути організовані *міжрайонні зубопротезні кабінети* для обслуговування населення кількох сусідніх районів.

Для надання *ортопедичної* допомоги сільському населенню створюються великі централізовані зуботехнічні лабораторії. При відповідних штатах у них підвищується якість роботи, збільшується кількість виготовлених протезів.

Ортодонтичну допомогу в районах із невеликою кількістю населення організовують міжрайонні ортодонтичні кабінети. Лікарі-ортодонти надають її дітям з аномаліями зубощелепної системи, проводять профілактичні огляди

дошкільнят і школярів молодших класів, визначають потребу дітей у ортодонтичному лікуванні, формують з них диспансерну групу, проводять комплекс лікувально-профілактичних заходів. Методичну допомогу ортодонтичному кабінету надає обласна стоматологічна поліклініка.

Посади лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів стоматологічного відділення районної поліклініки з чисельністю обслуговуваного населення до 25 тисяч чоловік встановлюються з розрахунку 0,27 посади сумарно на 1000 дорослого населення, яке проживає в районному центрі та 0,25 посади на 1000 дорослих жителів приписної дільниці, а також 0,02 посади на 1000 дорослого населення, що проживає на іншій території району.

Посади лікарів-стоматологів-ортопедів утримуються на госпрозрахунку чи за рахунок спеціальних коштів і встановлюються з розрахунку: 0,08 посади на 1000 дорослих жителів даного населеного пункту та 0,07 посади на 1000 чоловік дорослого населення приписної дільниці та інших населених пунктів.

Завідувач стоматологічного відділення поліклініки призначається при мінімальній кількості посад лікарів-стоматологів - 7 чоловік, замість 0,5 посади лікаря.

Кількість посад *середнього та молодшого медичного персоналу* залежить від кількості посад лікарів у відділенні, а нормативи їх розрахунку такі ж, як і для самостійних стоматологічних поліклінік.

Посади зубних техніків зуботехнічної лабораторії (утримуються на госпрозрахунку чи за рахунок спецкоштів) встановлюються, виходячи з обсягу виконаних робіт щодо зубопротезування та норм витраченого часу на зуботехнічні роботи.

Якщо в населеному пункті, де розташована поліклініка, мешкає понад 25 тисяч чоловік, то за погодженням з органами охорони здоров'я замість нормативів, зазначених вище, встановлюються інші нормативи лікарських посад:

1. для обслуговування населення районного центру - згідно зі штатними нормативами для міських поліклінік з населенням понад 25 тисяч чоловік;
2. для обслуговування населення, яке проживає на приписній дільниці та на інших територіях діяльності лікарні — без урахування міст і селищ міського типу з числом мешканців понад 25 тисяч чоловік - з розрахунку одна посада лікарів усіх найменувань сумарно на 10 тисяч чоловік населення.

Як вже підкреслювалось, у сільських лікувально-профілактичних закладах згідно зі штатними нормативами не передбачені посади лікарів-ортодонтів. З малої кількості штатних посад лікарів-стоматологів у сільській місцевості дуже важко виділити посади лікарів-ортодонтів. Однак у великих районних населених пунктах з чисельністю 50-70 тисяч мешканців із загальної кількості посад лікарів-стоматологів можливо ввести у штатний розклад по 0,5 посади лікаря-ортодонта та техника-ортодонта.

Стоматологічна допомога сільському населенню на *третьому етапі* надається *обласними стоматологічними поліклініками*. Вони є центрами надання

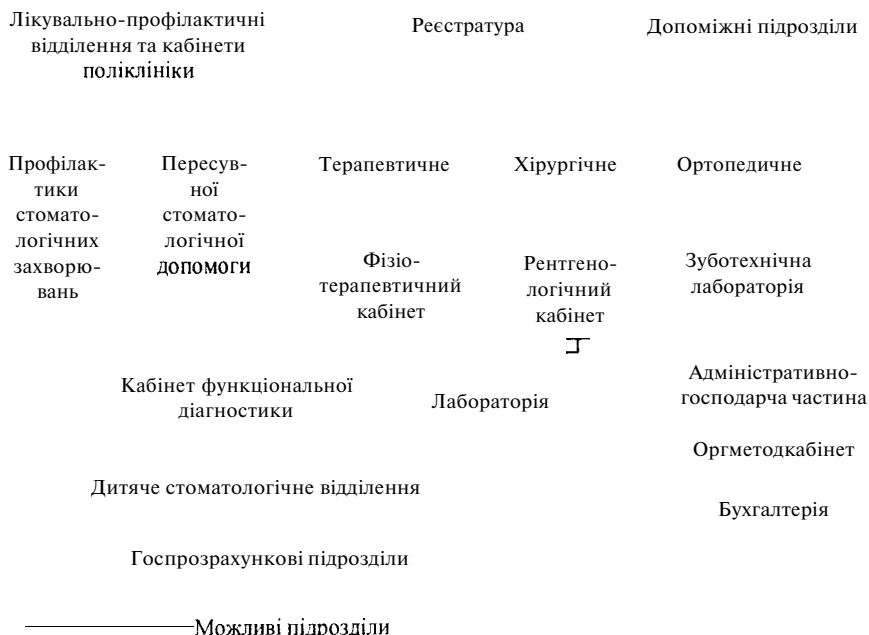
висококваліфікованої вузькоспеціалізованої стоматологічної допомоги населенню області, а також консультативно-діагностичної допомоги хворим, які направлені для цього з лікувально-профілактичних закладів області. Крім того, обласна стоматологічна поліклініка здійснює організаційно-методичне керівництво всіма стоматологічними закладами області.

В своєму складі обласна стоматологічна поліклініка може мати терапевтичні, хірургічні, ортопедичні відділення із зуботехнічною лабораторією (на госпрозрахункових або спеціальних коштах), відділення профілактики стоматологічних захворювань, пересувне відділення стоматологічної допомоги, лікувально-діагностичні кабінети, організаційно-методичний кабінет і інші підрозділи. Схематично це представлено на малюнку 3.

Головний лікар

Заступник з медичної частини	Завідувачі спеціалізованих відділень	Завідувач зуботехнічної лабораторії	Заступник з господарчої частини	Завідувач оргметодкабінету	Головна медична сестра
------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	------------------------

Структурні підрозділи



Мал. 3. Схеми управління та структури обласної стоматологічної поліклініки.

В обласних лікарнях, а також у багатопрофільних лікарнях великих міст організуються стаціонарні відділення хірургічної стоматології - *відділення щелепно-лицевої хірургії*. Стаціонарної стоматологічної допомоги потребують хворі с одонтогенними запальними процесами чи з травмами щелепно-лицевої ділянки. Серед усіх стоматологічних захворювань питома вага такої патології становить близько 1-2 %.

Організаційна структура, завдання щелепно-лицевого хірургічного відділення, його функції, а також штати медичного персоналу не відрізняються від інших загальнохірургічних відділень багатопрофільних лікарень.

Слід пам'ятати, що в стаціонарі обласних і великих міських лікарень розгортаються стоматологічні кабінети для надання медичної допомоги хворим, які мають захворювання порожнини рота та зубів.

Згідно з відповідним наказом МОЗ України № 33 від 23.03.2000 р. в обласних стоматологічних поліклініках передбачається встановлення посад медичного персоналу з такого розрахунку.

Лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів

- 4 посади сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де знаходиться поліклініка;
- 2,5 посади сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
- 2,7 посади сумарно на 10 тисяч чоловік дорослого населення інших населених пунктів.

Лікарів-стоматологів-ортопедів, що утримуються за госпрозрахункові та спеціальні кошти:

- 1 посада на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де розташована поліклініка;
- 0,7 посади на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
- 0,8 посади на 10 тисяч чоловік дорослого населення інших населених пунктів.

Лікарів для забезпечення консультативної та організаційно-методичної роботи встановлюють з розрахунку 2 посади на один мільйон чоловік дорослого населення, прикріпленого до поліклініки.

Посади *завідувачів відділень* встановлюють: стоматологічними - одна посада на кожні 12 посад лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів, але не більше 3-х посад на поліклініку; зубопротезними, які утримуються на госпрозрахунку чи за спецкошти - одна посада на поліклініку, яка за діючими штатними нормативами має 4 посади лікарів-стоматологів-ортопедів.

Посада *заступника головного лікаря* з медичної частини встановлюється при наявності в штаті стоматологічної поліклініки не менше 40 лікарських посад.

Посади *медичних сестер* лікарських кабінетів встановлюються з розрахунку одна на:

- 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга;
- 2 посади лікарів-стоматологів;
- 3 посади лікарів-стоматологів-ортопедів.

Кількість *зубних техніків* зуботехнічних госпрозрахункових лабораторій встановлюються залежно від обсягу роботи за діючими для них нормами часу.

Основним *завданням обласної стоматологічної поліклініки* є надання лікувально-консультативної та організаційно-методичної допомоги стоматологічним закладам у сільській місцевості та в містах обласного підпорядкування, а саме:

- планування та здійснення заходів з профілактики стоматологічних захворювань серед населення області;
- здійснення заходів із забезпечення населення області в повному обсязі висококваліфікованою стоматологічною допомогою;
- проведення організаційно-методичної роботи, спрямованої на підвищення ефективності профілактики та лікування стоматологічних захворювань, які проводяться всіма лікувально-профілактичними закладами області;
- організація та контроль за обліком і звітністю по стоматології в лікувально-профілактичних закладах області;
- вивчення та розповсюдження передового досвіду роботи стоматологічних закладів, нових методів профілактики, діагностики та лікування захворювань ротової порожнини та зубів;
- планування та реалізація заходів із спеціалізації та вдосконалення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу стоматологічних закладів області;
- аналіз показників діяльності стоматологічних закладів області;
- аналіз стоматологічної захворюваності та розробка заходів щодо її зниження.

В деяких випадках стоматологічна поліклініка разом з територіальним центром екстреної допомоги *організовує виїзди лікарів для консультації хворих* у райони сільської місцевості.

В роботі обласної стоматологічної поліклініки важливу роль виконують *спеціалізовані виїзні бригади* лікарів, які згідно з графіком виїжджають в райони області і надають на місцях терапевтичну, хірургічну та ортопедичну допомогу. Графік роботи виїзних бригад завчасно надсилається на місця для попередження населення. Кожна бригада забезпечується відповідним устаткуванням, інструментами та матеріалами. Протягом року обласна стоматологічна поліклініка здійснює 10-11 виїздів таких бригад.

Організаційно-методичний кабінет обласної стоматологічної поліклініки розробляє організаційно-методичні заходи з вдосконалення системи надання стоматологічної допомоги населенню області.

Для цього він виконує наступну роботу:

- *вивчає* захворюваність населення та проводить аналіз діяльності стоматологічних установ області;
- *відповідає* за вивчення, узагальнення та розповсюдження досвіду роботи кращих стоматологічних закладів області;

- *розробляє* організаційно-методичні матеріали із найважливіших розділів лікувально-профілактичної роботи та забезпечує ними керівництво та медичних працівників закладів охорони здоров'я;
- *надає* консультативну допомогу лікарям-стоматологам з питань організаційної роботи та підвищення якості медичної допомоги населенню;
- *перевіряє* організацію обліку та звітності в стоматологічних закладах і здійснює заходи з усунення виявлених недоліків;
- *бере участь* у прийманні державних статистичних звітів органами охорони здоров'я, аналізує звіти стоматологічних закладів і складає загальний звіт всієї стоматологічної служби області;
- *несе відповідальність* за якість стоматологічного обліку та звітності із стоматології;
- *бере участь* у підготовці та проведенні з'їздів, конференцій, нарад, медичних активів стоматологів області.

В організації стоматологічної допомоги населенню області та здійсненні заходів щодо її покращання велику роль виконує *головний стоматолог області*. Він є *позаштатним спеціалістом* обласного відділу охорони здоров'я та працює під безпосереднім керівництвом завідувача всієї медичної служби області.

Головний стоматолог співпрацює з організаційно-методичним кабінетом та завідувачами спеціалізованих відділень обласної стоматологічної поліклініки. Він планує та контролює впровадження різноманітних організаційних і методичних заходів, спрямованих на удосконалення організації діяльності служби та на підвищення якості **стоматологічної** допомоги.

До них відносяться:

- заходи з матеріально-технічного оснащення закладів обладнанням та інструментарієм,
- впровадження в практику новітніх технологій з діагностики та лікування стоматологічних хворих,
- підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу.

Головний стоматолог також аналізує стоматологічну захворюваність в області, організовує максимальне використання наявних засобів, форм і методів роботи щодо її зниження.

На посаду *головного стоматолога* призначають досвідчених, висококваліфікованих, авторитетних лікарів, у першу чергу з числа головних лікарів великих стоматологічних **поліклінік**.

11.3. Організація стоматологічної допомоги вагітним жінкам і дітям

Важливе місце в організації лікувально-профілактичної допомоги населенню належить закладам охорони здоров'я матері та дитини. Не підлягає сумніву й те, що в зниженні захворюваності серед вагітних жінок і дітей важлива роль належить лікарю стоматологічного профілю.

В період вагітності в організмі жінки відбувається інтенсивна перебудова всіх видів обмінних процесів, котра може призвести до змін зі сторони щелепно-лицевого апарату, вимивання кальцію з кісток, у тому числі зубів, шкідливих для формування плода. Порушення обмінних процесів може також викликати розхитування зубів, їх ламкість, піорею та інші зміни. В цей період можуть загостритись хронічні захворювання, активізуватись латентна інфекція, вогнищем якої можуть бути насамперед каріозні зуби.

Стоматологічна допомога є суттєвою складовою частиною динамічного спостереження за вагітними жінками. Тому їх щонайменше два рази протягом вагітності має оглянути лікар-стоматолог. Перший стоматологічний огляд проводиться відразу після взяття вагітної жінки на диспансерний огляд (до 12 тижнів вагітності). За результатами цього огляду протягом першої половини вагітності необхідно провести повну санацію порожнини рота. В другій половині вагітності проводиться повторний (контрольний) огляд.

Диспансеризація вагітних жінок, які мешкають у містах, проводиться в жіночій консультації, де передбачені стоматологічний кабінет і посада стоматолога (з розрахунку одна посада на 100 тисяч дорослого населення, яке проживає на території обслуговування жіночої консультації).

В сільській місцевості вагітних жінок оглядає стоматолог сільської лікарської амбулаторії чи відповідного підрозділу центральної районної або районної лікарень. Якщо вагітна жінка потребує більш складної стоматологічної допомоги, вона направляється на консультацію в обласну стоматологічну поліклініку.

Спеціалізована стоматологічна допомога жінкам поза вагітністю надається в загальновизначеному порядку всією мережею стоматологічних установ.

Велика роль лікаря-стоматолога й в зниженні захворюваності порожнини рота в дітей. Як і у вагітних, так і у дітей найбільш поширеним є карієс зубів. Каріозна порожнина є постійним джерелом інфекції і може викликати такі захворювання як ангіна, ревматизм, нефрит тощо.

Ранній та дошкільний вік вважають найбільш сприятливим для попередження щелепнозубних аномалій, тому що саме в цей час і проходить активний ріст щелепів, формування молочного та змінного прикусів.

Первинна стоматологічна допомога дітям здійснюється постійно діючими стаціонарними *кабінетами* в школах та інших навчальних закладах (при наявності 800 і більше учнів). Ці кабінети підпорядковані дитячій стоматологічній поліклініці чи відділенню за територіальною ознакою. Основними функціями цих кабінетів є первинна та вторинна профілактика карієсу, гігієнічне виховання та навчання дітей, планова санація порожнини рота та санація їх при зверненні за стоматологічною допомогою, а також екстрена стоматологічна допомога.

Діти, які проживають у населених пунктах з чисельністю дитячого населення менш ніж 25 тисяч, отримують зуболікарняну допомогу в стоматологічних *відділеннях* центральних районних, міських або районних загальних або стоматологічних поліклінік.

Такі відділення створюються з розрахунку 0,27 посади стоматолога та стоматолога-хірурга (сумарно) на 1000 дитячого населення, яке проживає в зоні обслуговування, та 0,25 посади на 1000 дітей приписної ділянки та 0,02 посади на 1000 дітей іншої території району.

Посада завідувача дитячого стоматологічного відділення встановлюється при мінімальній кількості посад лікарів-стоматологів 7 чоловік (замість 0,5 посади лікаря).

При наявності в місті більше як 25 тисяч дитячого населення у віці 14 років 11 місяців і 29 днів організується *самостійна міська дитяча стоматологічна поліклініка*. Діти до 16 років, які продовжують навчання в школі, належать до контингенту, який теж обслуговується дитячою поліклінікою.

Дитяча стоматологічна поліклініка є лікувально-профілактичним закладом, діяльність якого спрямована на профілактику стоматологічних захворювань, своєчасне виявлення та лікування дітей із захворюванням щелепно-лицевої ділянки (мал. 4).



Мал. 4. Структура дитячої стоматологічної поліклініки.

В структурі дитячої стоматологічної поліклініки повинен бути *оглядовий кабінет* (кабінет первинного прийому). Лікар цього кабінету забезпечує обґрунтоване направлення хворих до лікарів поліклініки, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Якщо дитяча стоматологічна поліклініка є *обласною*, то до її функції належить і *організаційно-методичне керівництво* дитячою стоматологічною службою області.

Основними завданнями дитячої стоматологічної поліклініки є:

- надання кваліфікованої амбулаторної стоматологічної допомоги дитячому населенню;
- проведення заходів з профілактики захворювань щелепно-лицевої ділянки серед дитячого населення;
- організація та проведення заходів, спрямованих на раннє виявлення дітей із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та своєчасне їх лікування.

Для виконання цих завдань поліклініка організовує та проводить:

- надання невідкладної медичної допомоги хворим дітям при гострих захворюваннях і травмах щелепно-лицевої ділянки;
- надання кваліфікованої стоматологічної допомоги із здійсненням своєчасної госпіталізації дітей, які потребують стаціонарного лікування;
- повний комплекс реабілітаційного лікування патології щелепно-лицевої ділянки та, перш за все, ортодонтичне лікування;
- здійснення повної санації порожнини рота всім дітям, що звертаються в поліклініку за допомогою;
- в плановому порядку за узгодженням з керівниками шкіл і дитячих колективів профілактичні огляди дітей із одночасним лікуванням виявлених хворих;
- диспансерне спостереження за контингентами хворих стоматологічного профілю;
- розробку, впровадження та контроль виконання комплексних програм профілактики стоматологічних захворювань серед дітей;
- гігієнічне виховання дитячого населення і їх батьків з профілактики стоматологічних захворювань;
- експертизу втрати працездатності;
- аналіз стоматологічної захворюваності дітей та розробку заходів зі зниження захворювань і усунення причин, які сприяють їх ускладненням;
- підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу;
- аналіз стану стоматологічної допомоги дітям.

1. Посади дитячих лікарів-стоматологів, лікарів-стоматологів-хірургів, лікарів-стоматологів-ортодонтів встановлюються з розрахунку:

- 0,5 посади сумарно на 1000 дітей, які проживають у місті, де розташована поліклініка;

- 0,25 посади сумарно на 1000 дітей сільських населених пунктів;

- 0,27 посади сумарно на 1000 дітей інших населених пунктів;

- 0,5 посади сумарно на кабінет для лікування дітей, хворих на пародонтоз.

2. 1 посада лікаря-рентгенолога на 15 тисяч рентгенівських знімків на рік.

3. 0,1 посади лікаря фізіотерапевта на 15 тисяч дітей.

4. 1 посада завідувача стоматологічного відділення на кожні 12 посад лікарів-стоматологів усіх найменувань, але не більше 3 посад на установу.

5. Посада *заступника головного лікаря* з медичної частини встановлюється за наявності не менше 40 лікарських посад, включаючи посаду головного лікаря.

6. Посади *медичних сестер* лікарських кабінетів встановлюються з розрахунку 1 посада на:

- 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга;
- на 2 посади лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-ортодонтів.

7. Посади *зубних техніків* встановлюються відповідно до посад лікарів-стоматологів-ортодонтів, тобто 1 посада техника на 1 посаду лікаря.

8. Одна посада *молодшої медичної сестри* встановлюється на 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга, на 3 посади лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-ортодонтів.

Сапованою вважається дитина, якій запломбовано всі уражені карієсом молочні і постійні зуби, видалені зуби та корені, які не підлягають лікуванню та вилікувані запальні захворювання слизової оболонки ротової порожнини.

Дитячий лікар-стоматолог разом з іншими спеціалістами дитячих поліклінік (хірургом, ЛОР, невропатологом, офтальмологом, а за показаннями та іншими спеціалістами) обов'язково бере участь у *комплексних медичних оглядах* дітей, які проводяться на першому році життя, в трирічному віці, перед вступом до школи, а також щорічно під час навчання в школі.

Завданням таких профоглядів є виявлення патології та визначення рівня фізичного розвитку дітей. На підставі цих обстежень складається "Індивідуальна карта розвитку дитини" (ф. №112/0), а дільничний лікар-педіатр все це підсумовує та визначає, до якої групи здоров'я відноситься дитина.

Під час таких профілактичних оглядів санацію порожнини рота зазвичай не проводять, а тільки визначають потребу в ній.

Диспансеризація в дитячих стоматологічних закладах проводиться поетапно:

- планова санація;
- активне динамічне спостереження;
- профілактика та реабілітація тощо.

Для кожного вікового періоду існує свій порядок огляду, свої діагностичні прийоми, спрямовані на виявлення патології, яка найчастіше зустрічається саме в цьому віці. Зокрема при огляді школярів обов'язково при наявності карієсу визначають *ступінь його активності*.

При *першому ступені активності карієсу* індекс *КПВ* (для постійних зубів), *кп* (для молочних зубів) чи *КПВ+кп* (у період змішаного прикусу) не перевищує показників середньої інтенсивності карієсу відповідної вікової групи. За даними Т.Ф. Виноградової (1988) для учнів 1-4 класів показники індексу *КПВ* чи *КПВ+кп* становлять менше 5,0; 5-8 класів - менше 4,0; 9-11 класів - менше 6,0.

Другим ступенем активності карієсу вважається такий стан, коли інтенсивність карієсу за індексами *КПВ* чи *кп*, чи *КПВ+кп* є більшою від середнього

значення *КПВ* чи *кп*, чи *КПВ+кп* і трьох сигмальних відхилень: $X + 3\sigma$ (при оптимальному прояві клінічних ознак карієсу). Другий ступінь активності карієсу визначається рівнями індексу *КПВ* та *КПВ+кп*: для учнів 1-4 класів показники індексу *КПВ* чи *КПВ+кп* - до 8,0; 5-8 класів - до 8,0; 9-11 класів - до 9,0.

11.4. Методи вивчення стоматологічної захворюваності

Забезпечення потреб населення в стоматологічній допомозі та запровадження заходів, спрямованих на покращання її якості, потребує *детального аналізу* стоматологічної захворюваності, а також діяльності стоматологічних закладів, підрозділів і лікарів.

Вивчення стоматологічної захворюваності базується на загальноприйнятих методах, але має певну специфіку. Стоматологічна захворюваність вивчається *за даними звертань, за даними медичних оглядів і за даними вибіркового кластерних (гніздових) досліджень.*

Джерелом інформації для вивчення захворюваності *за даними звертань* є медична *карта стоматологічного хворого* (ф. 043/0), *щоденник роботи лікаря* (ф. 039-2/0; ф. 039-3/0; ф. 039-4/0).

При вивченні стоматологічної захворюваності *за даними медичних оглядів* використовують *"карту профілактичних оглядів..."* (ф. 047/0), *перелік осіб, що підлягають профогляду* (ф. 048/0), а також *щоденник роботи лікаря* (за кількістю профілактичних відвідувань).

Серед методів епідеміологічного дослідження найчастіше застосовується рекомендований ВООЗ *метод кластерних (гніздових) вибірок*. Місця обстеження вибирають такі, які б суттєво відрізнялися за рівнем захворюваності (по 10-15 пунктів обстеження в різних географічних, адміністративних, етнічних та інших регіонах). Стандартна кількість осіб у кожному такому гнізді коливається від 25 до 50 осіб з тенденцією збільшення в наш час цієї кількості до 100. Для спостереження визначають наступний індексний вік та вікові групи: 5-Ю, 12, 15, 18, 35-44 і 65-74 роки.

Під час обстеження в *карті оцінки стоматологічного статусу* реєструється наявність і ступінь вираження різних захворювань щелепно-ротової порожнини.

За результатами вивчення стоматологічної захворюваності розраховують різноманітні показники, які найбільш повно характеризують рівні стоматологічних захворювань.

У стоматології такими показниками є різні *індекси*., *індекс кп*, *КПВ*, *РМІ*, *РІ*, *індекси гігієни порожнини рота* та інші, які дозволяють кількісно оцінювати стан зубів, пародонта, гігієни порожнини рота. Серед них найбільш поширеними є *індекси інтенсивності та поширеності каріозного процесу.*

Інтенсивність карієсу (КПВ) - це середня кількість зубів, уражених карієсом на одного обстеженого, де *К* - кількість зубів, уражених карієсом, *Я* - запломбованих, *В* - відсутніх (видалених) на одного обстеженого. Індексом

для інтенсивності ураження молочних зубів є індекс кп. При цьому рахуються уражені та запломбовані зуби. Відсутні зуби можуть бути результатом випадіння молочних зубів.

Показники *інтенсивності карієсу розраховують окремо для дітей і дорослих.*

Інтенсивність карієсу для дітей (кп+КПВ) розраховується за такою формулою:

$$\frac{\text{Сума індексів кп + КПВ}}{\text{Кількість дітей, що мають карієс}}$$

Найбільш важливе значення цей коефіцієнт має для оцінки ураженості дітей у віці 7-12 років (*цей віковий період найбільш вразливий для каріозного ураження зубів*).

Сума КПВ характеризує інтенсивність каріозного процесу конкретного пацієнта. Цей показник використовується у двох формах: КПВ зубів (*КПВ(з)*), коли підраховують тільки кількість каріозних і пломбованих *зубів* у кожного обстеженого, та *КП{n}*, коли підраховують кількість каріозних і пломбованих *поверхонь*. Видалені чи втрачені внаслідок фізіологічної зміни зуби в молочному прикусі не враховуються.

Критерії поширеності інтенсивності карієсу за даними ВООЗ у різних вікових групах різні. Наприклад, у дітей 12-річного віку *КПВ* є дуже низькою - 1,2-1,6; низькою - 1,7-2,6; середньою - 2,7-4,4; високою - 4,5-6,5; дуже високою - понад 6,5.

Європейським Регіональним бюро ВООЗ (Копенгаген, 1994) розроблені та рекомендовані нові критерії оцінки рівнів *КПВ* у цьому віці: 0,00-0,50 - дуже низька; 0,51-1,50 - низька; 1,51-3,00 - середня; 3,01-6,50 - висока; 6,51-10,00 - дуже висока.

Інтенсивність карієсу для *дорослих* розраховується за такою формулою:

$$\frac{\text{Сума індексів КПВ}}{\text{Кількість осіб, що мають карієс}}$$

Разом з тим *індекси кп і КПВ* мають суттєві недоліки: за їх допомогою неможливо врахувати стадії каріозного ураження - вогнищеву демінералізацію, а також те, що КПВ не враховує причину видалення зубів.

Крім показників інтенсивності карієсу розраховують також *показник поширеності (розповсюдженості) карієсу:*

$$\frac{\text{Кількість обстежених, що мають карієс} \cdot 100}{\text{Загальна кількість обстежених}}$$

За даними ВООЗ *критерії поширеності* у дітей 12-річного віку вважаються низькими, якщо понад 20 % дітей мають здорові зуби; помірною, якщо ця величина становить від 5 до 20 % і високою, якщо здорові зуби мають менше як 5 % дітей.

Важливим критерієм стоматологічного здоров'я є показник гігієни порожнини рота, при якому визначають кількість м'якого зубного нальоту. Для цього використовують гігієнічний індекс Федорова - Володкіної - напівкількісна (від 1 до 5 балів) оцінка площі вестибулярних поверхонь шести передніх зубів нижньої щелепи, пофарбованих розчином Люголя. Середня величина цього індексу визначається за формулою:

де K_c - гігієнічний індекс; $e_{кп}$ - сума оцінки обстежених зубів; n - кількість обстежених зубів.

Оцінка здійснюється за умовними балами: 1 бал - відсутність пофарбованості, 2 бали - фарбується $\frac{1}{4}$ коронки зуба, 3 бали - фарбується $\frac{1}{2}$ коронки зуба, 4 бали - фарбується $\frac{3}{4}$ коронки зуба і 5 балів - фарбується весь зуб. Чим вища величина індексу, тим нижчий рівень гігієни порожнини рота.

Експертами ВООЗ запропонована стандартизована методика обліку поширеності та інтенсивності захворювань пародонта за допомогою індексу потреби в лікуванні захворювань пародонта -СРІТН. Для визначення цього показника використовуються дані клінічних ознак хвороби: кровотеча ясен, зубні відкладення, патологічні зубоясенні кишени.

Зубні ряди для визначення індексу СРІТН поділяють на 6 дільниць (секстантів). Для визначення індексу в кожному секстанті необхідно оглянути 1 або 2 зуби, але реєструють стан пародонта тільки шести з них по одному із кожного секстанта, який знаходиться в більш тяжкому клінічному стані.

Індекс СРІТН оцінюють, враховуючи важкість стану пародонта за такими ознаками: 0 - відсутність ознак захворювання, 1 - кровотеча, 2 - над- і під'ясенний камінь, 3 - патологічна кишень глибиною 4-5 мм, 4 - патологічна кишень глибиною 6 мм.

Для визначення стану твердих тканин зуба та пародонта використовуються і інші методики (проба Шиллера-Писарева, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс - індекс РМА; пародонтальний індекс РІ та інші).

Для інтегральної оцінки стану ротової порожнини, особливо при проведенні масових профілактичних заходів, П.А. Леус (1990) запропонував відповідну методику визначення стоматологічного рівня здоров'я (СРЗ). Він залежить від того, наскільки важкими є захворювання, що впливають на функцію жування. В основі цього показника лежить оцінка питомої ваги збереження функції жування (чим менше питома вага, тим нижче рівень стоматологічного здоров'я).

Його визначають за наступними критеріями:

100 % - немає ознак хвороби (за функцією жування, що не вимагає втручання);

90 % - фактори ризику і початок стадії захворювання;

- 80 % - некаріозні ураження та легкі ступені карієсу та хвороб пародонта;
- 70 % - середня інтенсивність карієсу, хвороб пародонта;
- 50 % - висока інтенсивність карієсу;
- 40 % - ускладнення карієсу зубів;
- 30 % - важкі ступені хвороб пародонта, часткова вторинна адентія;
- 20 % - дуже висока інтенсивність карієсу, вторинна адентія;
- 10 % - захворювання, які загрожують життю, наслідки травм.

Виходячи з цих критеріїв, перед стоматологічною службою країни визначені завдання щодо досягнення в перспективі наступних рівнів індексу СРЗ: серед дітей до 14 років - 80 %, серед підлітків 15-18 років - 75 %, у віці 19-44 роки - 70 %, у віці 45-64 роки - 60 %, 65 років і більше - 50 %.

Покращання здоров'я людини, в тому числі й стоматологічного здоров'я, відноситься до глобальних проблем всього людства. Кожна країна вирішує їх, виходячи з реальних можливостей. Загальна мета людства щодо покращання стоматологічного здоров'я сформульована у відповідних програмах ВООЗ. Наша країна також прийняла до реалізації глобальні цілі ВООЗ до 2010 року та європейські цілі до 2015 року. В таблиці 5 наведені європейські цілі терміном до 2015 року.

Таблиця 5

**Європейські цілі стоматологічного здоров'я до 2015 року
(ВООЗ EURO, проект ORATEL, 1994)**

Вікова група	Мета ВООЗ EURO
6 років	1. 80 % і більше будуть здоровими (вільними від карієсу) 2. <u>Середній КПВ тимчасових зубів не буде перевищувати 2,0</u>
12 років	Середня інтенсивність карієсу постійних зубів не перевищить КПВ 1,5, з якого компонент К (непролікований карієс) буде менший 0,5 <u>Середня кількість секстантів із здоровим періодонтом буде не менша 5,5</u>
15 років	Середня інтенсивність карієсу не перевищить КПВ 2,3, з якого компонент К буде не менший 0,5 Не буде видалених зубів з приводу карієсу <u>Середня кількість секстантів із здоровим періодонтом буде не менша 5,0</u>
18 років	1. Не буде видалених зубів з приводу карієсу чи хвороб пародонта 2. <u>Середня кількість секстантів із здоровим періодонтом буде не менша 4,0</u>
35-44 роки	Не більше 1 % беззубих 2. <u>90 % пацієнтів збережуть 20 або більше природних функціонуючих зубів</u>
65-74 роки	1. Не більше 10 % беззубих _____

Оцінка рівня ураженості стоматологічними захворюваннями, за даними медичних оглядів, є непростим питанням у зв'язку з впливом на нього багатьох факторів (віку, кліматичних особливостей, вмісту фтору в питній воді, звичаїв населення, способу життя тощо). Найбільш важливими в цьому аналізі є показники динаміки захворюваності. Зниження приросту індексів кп, КПВ, РМА, індексу гігієнічного стану порожнини рота та інших є прямим доказом ефективності профілактики стоматологічних захворювань.

11.5. Аналіз діяльності стоматологічної служби

Для реального аналізу діяльності стоматологічної служби необхідна інформація про фактичні рівні та обсяги ураженості захворюваннями зубів і слизової оболонки порожнини рота в різних вікових групах населення. Тому здійснення правильного обліку захворюваності та своєї діяльності є обов'язковою умовою роботи кожного працюючого лікаря-стоматолога.

Основним обліковим документом роботи лікарів у поліклініці є амбулаторна історія стоматологічного хворого (ф. № 043-0). До *спеціальних облікових документів* щоденної роботи на прийомі відносяться:

- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету (форма № 037/0-88);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (форма № 039-2/0);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (форма № 039-3/0);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/0);
- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (форма № 037-1/0);
- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (форма № 037-2/0).

Першопричиною складних і довготривалих стоматологічних захворювань людини є *карієс зубів*. Тому одержати вичерпні дані про кількість цього захворювання вельми важливо. До того ж і методики для розрахунку необхідних показників давно відомі. За їх допомогою можна визначити:

1. *Рівень поширеності* карієсу зубів - кількість випадків карієсу на 100 обстежених у різних вікових і статевих групах.

2. *Інтенсивність ураження карієсом* - середня кількість уражених зубів на одного обстеженого в окремих групах за віком і статтю.

3. *Середня кількість уражених зубів* на одного обстеженого зокрема:

- з неускладненими та ускладненими формами карієсу, що підлягають лікуванню;
- видалених і підлеглих видаленню зруйнованих зубів або коренів;
- запломбованих зубів на одного обстеженого в різних вікових і статевих групах.

Становлять також інтерес і дані про розповсюдження пародонтозу, потребу в зубному протезуванні, виправлення дефектів зубного ряду та інші.

При визначенні рівня захворюваності та оцінки якості стоматологічної допомоги, а також для планування її розвитку використовуються різні показники (вони наведені в розділі "Методи вивчення стоматологічної захворюваності").

Для оцінки діяльності стоматологічної служби використовують і спеціальний показник, запропонований співробітником відділу стоматології ВООЗ

П.А. Леусом (1981). Це *індекс стану стоматологічної допомоги (ІССД)*. Він розраховується для великих груп населення (район, місто, область) за такою формулою:

$$\text{ІССД} = 100 \% - 100 \cdot \frac{K+A}{P+B}$$

де А - відсутні зуби, які не заміщені штучними; К - карієс зубів; П - пломба; В - видалені зуби.

Запропоновано три рівні оцінок задоволення потреби населення в стоматологічній допомозі:

- при ІССД від 50 % і вище - задовільний;
- при ІССД від 10 до 40 % - недостатній;
- при ІССД від 9 % і нижче - низький.

Якість і обсяг лікувальної роботи в стоматологічних закладах залежить від матеріально-технічного оснащення, кількості та кваліфікації медичних працівників, а також від форм організації праці лікарів і норм їх навантаження.

Оцінка обсягу та ефективності роботи лікарів здійснюється за допомогою різних методик, а саме за кількістю:

- відвідувань за день;
- накладених пломб за день;
- трудових одиниць за день.

За трудову одиницю приймалось накладення пломби при поверхневому та середньому карієсі з витратою часу в 20 хвилин.

У 80-і роки була введена нова одиниця обліку праці лікарів - *умовна одиниця працездатності (УОП)*. За одну умовну одиницю працездатності (УОП) прийнято обсяг роботи лікаря, необхідний для накладання пломби при середньому карієсі.

При *шестиденному* робочому тижні лікар повинен виконувати 21 УОП, при *п'ятиденному* - 25 УОП у робочий день. Для прикладу такі одиниці наведені в таблиці 6.

Велику роль у підвищенні ефективності допомоги відіграє оцінка показників діяльності стоматологічної поліклініки (відділення), а також лікарів-стоматологів різних спеціальностей.

Методика обчислення показників діяльності стоматологічної поліклініки (відділення, кабінету)

1. *Частка* просанованих від загальної кількості первинних хворих:

$$\text{Кількість просанованих хворих} \cdot 100$$

$$\text{Кількість первинних хворих}$$

(показник повинен наблизитись до 100, але бути не нижче 80 %).

2. *Питома вага* просанованого населення:

$$\text{Число санованих дорослих (дітей)} \cdot 100$$

Чисельність дорослого (дитячого) населення в районі діяльності стоматологічного відділення (поліклініки)

Таблиця 6

Умовні одиниці обліку працеемкості роботи (УОП) лікарів-стоматологів і зубних лікарів (надано вибірково)*

Деякі види робіт	Оцінка в умовних одиницях працеемкості (УОП)
I. Прийом дорослих пацієнтів	
A. На загальні види робіт	
1. Консультація	0,5
2. Анестезія (включаючи при видаленні зубів)	0,5
B. На прийомі хворих терапевтичного профілю	
1. Огляд порожнини рота первинного хворого, збір анамнезу захворювання	0,5
2. Накладання пломби при поверхневому або середньому карієсі	1,0
3. Зняття пломби	1,0
B. На прийомі хворих з захворюваннями пародонта	
1. Видалення зубних каменів з усіх зубів ручним способом	4,0
2. За допомогою ультразвукової апаратури	3,0
3. Медикаментозна обробка патологічних щелепних кишень (зрошення, аплікації, пов'язка тощо)	1,0
Г. На прийомі хворих із захворюваннями хірургічного профілю	
1. Видалення зуба (в УОП внесені затрати праці на огляд хворого, анестезію, ведення документації):	
- просте	0,75
- складне	1,5
2. Перев'язка після складного хірургічного втручання	0,75
D. На профілактичному прийомі	
1. Видалення зубного каменю (ручним способом)	4,0
2. Покриття фісур одного зуба герметиком	0,5

3. *Питома вага* осіб, які потребують санації порожнини рота від числа оглянутих в плановому порядку:

Кількість осіб, які потребують санації порожнини рота • 100

Кількість осіб, які оглянуті в порядку планової санації

(показник характеризує стан профілактичної роботи серед оглянутого населення: чим він нижчий, тим краще проводилась профілактична робота).

4. *Співвідношення* каріозних, пломбованих та видалених зубів:

Кількість осіб з каріозним ураженням та запломбованих зубів

Кількість видалених зубів

(це співвідношення повинно бути в межах 5-7:1).

Наказ МОЗ № 50 від 25.01.88 р.

5. *Питома вага* пролікованих із захворюваннями слизової оболонки та пародонта серед тих, що звернулися до лікарів-стоматологів:

Кількість осіб, у яких проліковано слизову оболонку та пародонт • 100
Чисельність осіб, що звернулися до лікарів-стоматологів

6. *Частота* видалення постійних зубів у дітей:

Кількість видалених постійних зубів у дітей • 10000
Чисельність дитячого населення в районі діяльності стоматологічного відділення

7. *Частота* одержання зубних протезів:

Кількість осіб, які одержали зубні протези • 10000
Чисельність дорослого населення в районі діяльності стоматологічного відділення

8. *Питома вага* осіб, які одержали зубні протези:

Кількість протезованих • 100
Кількість осіб, які вимагали протезування
(в даний час цей показник дорівнює 30-35 %).

Методика обчислення показників, які характеризують роботу стоматолога-терапевта

1. *Питома вага* осіб, прийнятих лікарями при плановому профілактичному огляді відносно до всіх прийнятих (за звертаннями і в плановому порядку):

Кількість осіб прийнятих при плановому огляді (первинних хворих) • 100
Кількість осіб прийнятих (за звертаннями і в плановому порядку)

2. Середнє число запломбованих зубів за день на лікаря:

Кількість запломбованих зубів
Кількість робочих днів

3. Співвідношення числа запломбованих постійних зубів з неускладненим карієсом до числа запломбованих зубів з ускладненим карієсом:

Кількість запломбованих постійних зубів з неускладненим карієсом
(всього - ускладнений карієс)
Кількість запломбованих зубів з ускладненим карієсом
(пульпіт, періодонтит)

4. *Питома вага* вилікуваного ускладненого карієсу в постійних зубах за одне звертання:

Кількість вилікуваних зубів при ускладненому карієсі за одне звертання
Кількість запломбованих постійних зубів при ускладненому карієсі
(пульпіт, періодонтит)

5. Середнє число проведених санацій всього (за звертаннями та в порядку планової санації) за день на лікаря:

Кількість проведених санацій
Кількість робочих днів

6. Питома вага осіб, що потребують санації від загального числа осіб, оглянутих при плановому профілактичному огляді:

Кількість осіб, що потребують санації • 100
Кількість оглянутих у плановому порядку

7. Питома вага санованих осіб від числа осіб, що потребують санації, виявлених при плановому профілактичному огляді:

Кількість санованих осіб • 100

Кількість виявлених осіб при плановому профілактичному огляді

8. Середнє число умовних одиниць працеемкості (УОП) за день на лікаря:

Кількість УОП за місяць
Кількість робочих днів

Показники діяльності стоматолога-ортопеда

1. Співвідношення незйомних протезів до зйомних:

Кількість незйомних протезів
Кількість зйомних протезів

2. Співвідношення кількості опорних коронок до штучних зубів:

Кількість опорних коронок у мостоподібних протезах
Кількість штучних зубів у мостоподібних протезах

3. Співвідношення фасеток до литих зубів у мостоподібних протезах:

Кількість фасеток у мостоподібних протезах
Кількість литих зубів у мостоподібних протезах

4. Кількість осіб, що отримали протези на одного лікаря-ортопеда за звітний період:

Кількість осіб, які отримали протези за звітний період
Кількість лікарів-ортопедів

5. Кількість протезів, виготовлених зубним техніком за звітний період:

Кількість зубних протезів

Кількість зубних техніків (зайняті посади)

6. Питома вага суцільнолитого протезування серед усіх протезів:

Суцільнолиті коронки, вкладки, мостоподібні протези,
бюгельні протези, шини (сумарно) • 100
Всього зубних протезів

7. Питома вага бюгельного протезування серед частковозмінних протезів:

$$\text{Кількість бюгельних протезів} \cdot 100$$

$$\text{Кількість частковозмінних пластинкових} + \text{бюгельних протезів}$$

11.6. Стан стоматологічної допомоги населенню України та концепції її подальшого розвитку

Затяжна фінансова та економічна криза в Україні призвели до погіршення економічного стану, зниження діяльності та закриття значної частини промислових підприємств, скорочення сільськогосподарського виробництва. Різко зменшилось бюджетне фінансування просвіти, науки, культури та охорони здоров'я.

Його обмежені можливості в певній мірі поставили під загрозу надання населенню стоматологічної допомоги. Більше того, це призвело до згортання десятиріччями відпрацьованої системи планової профілактичної роботи серед дітей, що призвело до зростання в них частоти гострих, небезпечних для життя, запальних захворювань і онкологічної щелепно-лицевої патології. Про погіршення стану стоматологічної служби свідчать дані, наведені в таблиці 7.

Таблиця 7

Деякі показники діяльності стоматологічної служби України протягом 1993-1997 років *

Показники	Роки	
	1993	1997
Кількість лікувально-профілактичних закладів із стоматологічними відділеннями чи кабінетами	4590	4369
Чисельність посад зубних лікарів і стоматологів	19880	16943
Кількість загальних відвідувань стоматологічних кабінетів (тис.)	64213,6	52989,4
Кількість відвідувань стоматологічних кабінетів дітьми віком до 14 років	15567,4	13462,1
Кількість осіб, яким було проведено протезування зубів (тис.)	1179,9	614,5

Погіршення наведених показників пов'язано зі скороченням посад лікарів-стоматологів, стоматологічних кабінетів, відсутністю та переведенням їх на госпрозрахунок, зменшенням фінансування на безкоштовне протезування, підвищенням розцінок на ортопедичні послуги, а також відвідуванням альтернативних стоматологічних закладів. Має значення також і зниження матеріального добробуту населення.

Аналіз накопиченого досвіду роботи служби в сучасних умовах вказує на декілька *варіантів* виходу з кризи. Однак усі вони передбачають договірні зобов'язання між лікувально-профілактичними закладами та органами влади на фінансове забезпечення стоматологічної допомоги соціально захищених категорій населення.

Медицина статистика України.- Київ 1998.- с. 213-214

Перший варіант включає:

1. Затвердження Наказом МОЗ України бюджетного фінансування стоматологічних закладів з урахуванням працемісткості роботи стоматолога.
2. Дозвіл у межах робочого часу на госпрозрахункову діяльність для компенсації обсягу та високої вартості технологій, оплати праці, не забезпечених бюджетним фінансуванням.
3. Дозвіл обліку, накопичення та зберігання майна, основних засобів, придбаних на кошти госпрозрахункової діяльності, в рамках самостійного балансу.
4. Окремого ведення статистичної та фінансової документації залежно від джерел фінансування.

Це дозволить здійснити плавний перехід бюджетних організацій на повний госпрозрахунок з можливістю у подальшому зміни форм власності стоматологічних закладів. На думку авторів концепції, такий шлях в найменшій мірі позначиться на рівні обслуговування пільгових груп населення у перехідний період.

Другий варіант передбачає перехід на оренду колективу стоматологічного закладу з наданням встановленого обсягу послуг пільговим групам населення, закріпленням за угодою з місцевими владними структурами (держзамовлення), та наданням узаконеної платної допомоги всім іншим категоріям населення. Така форма повинна звільнити бюджет від витрат на утримання закладів, забезпечити встановлені договірними умовами обсяги та види стоматологічної допомоги соціально захищеним прошаркам населення, зберегти контроль держави за діяльністю стоматологічних закладів.

Третій варіант передбачає акціонування стоматологічних закладів (у системі охорони здоров'я бажане закрите акціонування) з переважним правом отримання держзамовлення та відстроченням викупу основних фондів.

Різкий перехід до діяльності стоматологічних закладів на умовах акціонерних товариств зможе, на думку авторів концепції, призвести до негативних явищ, пов'язаних з дефіцитом достатніх бюджетних коштів. Одним з механізмів викупу основних фондів акціонерного товариства може бути погашення сум держзамовлення, не забезпечених або частково забезпечених бюджетом.

Контрольні питання

1. Які організаційні форми та методи надання стоматологічної допомоги населенню нашої країни, система підготовки кадрів використовувались у минулому?
2. Медико-соціальне значення стоматологічної захворюваності населення України.
3. Організація стоматологічної допомоги міському населенню. Заклади, категорії, штати. Основні завдання стоматологічної служби міста.
4. Організація надання стоматологічної допомоги сільському населенню.
5. Організаційно-методичний відділ обласної стоматологічної поліклініки. Основні функції та завдання. Головний стоматолог області, його функції та обов'язки.
6. Організація стоматологічної допомоги дітям і жінкам.
7. Методи вивчення стоматологічної захворюваності. Показники захворюваності.

Розділ 12. ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Основною функцією держави в охороні здоров'я громадян, безумовно, є забезпечення комплексу заходів щодо збереження, покращання здоров'я та запобігання, насамперед масовим захворюванням (епідеміям, масовим гострим та хронічним отруєнням, професійним захворюванням). Серед принципів охорони здоров'я, визначених відповідними основами законодавства України, важливе місце займає випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я (стаття 4).

Водночас і міжнародними документами в галузі охорони здоров'я, зокрема "Основами політики досягнення здоров'я для усіх в Європейському регіоні ВООЗ" визначено ряд задач, які безпосередньо стосуються збереження, покращання здоров'я та запобігання захворюванням, а саме:

Задача 7. Скорочення розповсюдженості інфекційних захворювань.

До 2020 року повинно відбутися значне скорочення розповсюдженості інфекційних хвороб за рахунок систематичних програм часткової і повної ліквідації, а також боротьби з інфекційними захворюваннями, які є проблемою для громадської охорони здоров'я.

Це передбачає:

стосовно ліквідації інфекційних захворювань - ліквідувати в 2000-2007 роках поліомієліт, правець немовлят, кір;

стосовно боротьби з інфекційними захворюваннями - значно зменшити розповсюдженість дифтерії, гепатиту В, епідемічного паротиту, коклюшу, та інвазійних інфекцій *Haemophilus influenzae* типу Б, вродженого сифілісу, вродженої краснухи, малярії, СНІДу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозу, а також гострих респіраторних і діарейних інфекцій.

Задача 10. Здорове і безпечне середовище.

До 2015 року населення Регіону повинно жити в умовах безпечного фізичного середовища, не бути під впливом забруднювачів небезпечних для здоров'я на рівнях, що перевищують міжнародні стандарти.

Це передбачає:

значне скорочення впливу фізичних, мікробних і хімічних забруднювачів, які становлять загрозу для здоров'я, у водному і повітряному середовищі, а також у відходах і ґрунті відповідно до графіку і контрольних цифр, визначеними в національних планах дій з гігієни довкілля;

забезпечення загального доступу населення до достатніх запасів питної води задовільної якості.

Задача 11. Більш здоровий спосіб життя.

До 2015 року люди в усіх прошарках суспільства повинні прийняти більш здоровий спосіб життя.

Це передбачає:

зміцнення форм здорової поведінки в таких галузях як харчування, фізична активність і сексуальність;

розширення доступу, збільшення фінансових можливостей і доступності корисних для здоров'я і безпечних харчових продуктів.

Задача 13. Умови здорового середовища.

До 2015 року населення Регіону повинно мати кращі можливості для того, щоб знаходитись в здоровому фізичному і соціальному середовищі у себе вдома, в школі, на робочому місці і в місцевій общині.

Це передбачає:

підвищення безпечності і якості житлових умов;

збільшення можливостей для інвалідів щодо повноцінного життя;

скорочення нещасних випадків і професійних захворювань;

створення умов для перебування дітей у дитячих садках, орієнтованих на зміцнення здоров'я та у школах, які сприяють зміцненню здоров'я;

не менше як половина міст і общин повинні стати активними членами мережі "здорових міст" і "здорових общин";

не менше 10 % великих і середніх компаній повинні взяти на себе зобов'язання слідувати принципам "здорових" компаній/підприємств/.

В Україні реалізація вказаних задач знайшла своє відображення у "Національній програмі покращання довкілля", "Національній програмі боротьби з інфекційними захворюваннями", "Національній програмі боротьби із СНІДом", "Національній програмі збереження здоров'я працюючих" та інших документах і заходах щодо покращання здоров'я та умов його формування.

В системі державних заходів та центральних органів виконавчої влади особлива функція щодо охорони здоров'я, профілактики захворювань та державного нагляду за дотриманням законодавства в охороні здоров'я належить Державній санітарно-епідеміологічній службі України.

Виходячи з вищесказаного, вивчення основ організації санепідслужби, якому присвячений даний розділ, є необхідною складовою частиною підготовки майбутніх лікарів.

У розділі розглядаються принципи та напрямки діяльності санепідслужби, структура та організація роботи її основних закладів, законодавче забезпечення та порядок проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, а також повноваження, права та обов'язки її посадових осіб.

Беручи до уваги міжнародний досвід організації державних заходів запобігання масовим захворюванням, слід сказати, що у різних країнах сфера цієї відповідальності може бути поділена між центральними органами виконавчої влади, які не відносяться до медичної галузі, а саме - охорони природи,

сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій тощо. Не дивлячись на це, за останні роки, особливо в Європі, зокрема в Європейському союзі, а також в Північній Америці, зокрема в Канаді, спостерігається тенденція до концентрації цих повноважень в Міністерствах охорони здоров'я.

Система проведення санітарно-протиепідемічних заходів в Україні створювалася протягом досить тривалого часу. Цим займалися земські санітарні організації. Вони спочатку були створені тільки в трьох (із дев'яти) губерній: Катеринославській, Харківській, Херсонській. Пізніше до них долучились ще чотири губернії, проте, діяльність цих служб була ускладнена недостатнім фінансуванням.

Складна санітарно-епідемічна ситуація Першої світової та громадянської воєн вимагала проведення відповідних протиепідемічних заходів. Значний доробок у цю діяльність внесла Одеська дезінфекційна станція, очолювана Л.В. Громашевським.

На початку 1918 р. почали створюватись медико-санітарні органи місцевих Рад робітничих, селянських і солдатських депутатів, а в 1919 р. були організовані губернські комісаріати охорони здоров'я.

Діяльність усіх органів охорони здоров'я очолив Народний комісаріат з санітарно-епідеміологічним відділом, якому були підпорядковані 5 санітарно-бактеріологічних інститутів, 21 санітарно-бактеріологічна лабораторія, 5 пастерівських станцій *.

Основне завдання санітарної організації на той час полягало в проведенні боротьби з епідеміями паразитарних тифів, холери, інших інфекційних захворювань. Вирішенню цієї проблеми сприяло створення Надзвичайних санітарних комісій (губернських, окружних, міських).

У подальшому перед санітарною організацією постали завдання щодо реорганізації служби, пов'язані з необхідністю проведення різних санітарно-оздоровчих заходів.

Вирішенню цього питання сприяв III Всеукраїнський з'їзд бактеріологів, епідеміологів і санітарних лікарів (1922 р.), на якому за доповіддю А.М. Марзеєва було обговорено проект побудови санітарної організації.

Важливе значення для її розвитку мало прийняття декрету "Про санітарні органи республіки" (1923 р.).

Поступово створювалась мережа санітарно-епідеміологічних станцій. До закладів санепідслужби входили санітарно-бактеріологічні лабораторії, дезінфекційні, малярійні станції тощо.

В 1933 році була створена державна санітарна інспекція. Затвердження положення про неї створило правові засади державного санітарно-епідеміологічного нагляду.

Інтенсивний розвиток державної санітарно-епідеміологічної служби в Україні припав на 30-ті роки ХХ ст. Перед Великою Вітчизняною війною

* А.А. Грандо. Развитие гигиены в Украинской ССР. –Киев: Здоров'я. - 1975. -197 с.

була створена мережа санітарно-епідеміологічних станцій, яка налічувала в 1941 р. 800 закладів. Розгорнули діяльність профільні науково-дослідні інститути.

В повоєнний час за досить короткий термін мережа станцій була відновлена.

В 50-ті роки було ліквідовано держсанінспекцію, а її функції передані санепідстанціям, які відтепер здійснювали також поточний і запобіжний санітарно-епідеміологічний нагляд.

В 60-70-ті роки суттєво змінилась лабораторна база санітарно-епідеміологічної служби. В обласних і деяких міських СЕС були розгорнуті відділення фізико-хімічних методів дослідження, відділення визначення залишкової кількості отрутохімікатів у харчових продуктах і зовнішньому середовищі тощо.

В 70-х роках була здійснена централізація управління та фінансування санепідслужби, згідно з якою фінансування міських і сільських СЕС почало здійснюватись за рахунок обласного бюджету. Тобто у фінансовому відношенні ці санепідстанції перестали бути підпорядкованими місцевим держадміністраціям, що призвело до забезпечення їх фінансової незалежності.

Централізація управління та фінансування з обласного бюджету дали змогу більш ефективно використовувати кадрові та матеріально-технічні ресурси, цілеспрямовано розробляти та здійснювати профілактичні заходи з урахуванням епідемічної обстановки у конкретному населеному пункті, районі і в масштабах області.

У зв'язку з Чорнобильською катастрофою виникла потреба розширення радіологічної служби, яку очолило Головне управління медичних проблем аварії на Чорнобильській АЕС і радіаційного захисту населення.

Поступовий розвиток санепідслужби, зміни в суспільних відносинах поставили питання про подальше удосконалення цієї важливої галузі охорони здоров'я. Розкриваючи діяльність санепідслужби необхідно визначити зміст поняття "санітарно-епідеміологічна справа", оскільки розмаїття проблем і завдань, які має вирішувати санепідслужба - це не тільки діяльність її органів і закладів.

Поняття *"санітарно-епідеміологічна справа"* включає:

- державні та суспільні протиепідемічні, санітарно-гігієнічні та оздоровчі заходи;
- санітарне законодавство;
- практичну діяльність органів і установ державної санітарно-епідеміологічної служби України;
- науково-дослідну роботу з гігієни, епідеміології, організації санітарно-епідеміологічної справи;
- систему підготовки, підвищення кваліфікації санітарних кадрів, підготовку працівників медичної мережі з питань епідеміології та гігієни;
- гігієнічне виховання населення.

Діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби ґрунтується на *принципах*, таких як:

Державний характер санітарно-епідеміологічної діяльності. Цей принцип закріплений у законодавчих документах, згідно з якими санітарно-гігієнічні та санітарно-протиепідемічні норми та правила є обов'язковими для всіх відомств і служб. Будь-які заходи, пов'язані з захистом здоров'я населення, повинні здійснюватись за участю державної санітарно-епідеміологічної служби.

Науково-планова основа санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів, що включає дослідження впливу різних факторів зовнішнього середовища на здоров'я людини, суспільства та розробку відповідних заходів, норм і правил, спрямованих на забезпечення належних умов життя та праці. Всі ці заходи здійснюються в плановому порядку.

Єдність санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних заходів, яка проявляється в тому, що поряд зі здійсненням в оперативному чи плановому порядку протиепідемічних заходів щодо ліквідації спалахів окремих інфекцій проводиться також комплекс санітарних, оздоровчих і профілактичних заходів, спрямованих на охорону здоров'я населення. Це стосується забезпечення доброякісною питною водою, харчовими продуктами, покращання якості атмосферного повітря, умов праці, відпочинку тощо.

Єдність запобіжного та поточного санітарного нагляду як однієї з основних функцій установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, які здійснюються єдиними методами на усій території держави.

Участь різних служб і відомств, організацій, підприємств, установ і громадян у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів відповідно до чинних законодавчих документів.

Участь у міжнародному співробітництві із забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення.

До основних *напрямків діяльності* державної санітарно-епідеміологічної служби відносяться:

- здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань, а також в охороні здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища;
- вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; встановлення факторів навколишнього середовища, що шкідливо впливають на здоров'я населення;
- підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню особливо небезпечних (у тому числі карантинних) та небезпечних інфекційних хвороб;
- контроль за усуненням причин і умов виникнення і поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей;

- державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруєнь;
- видача висновків державної санітарно-гігієнічної експертизи щодо об'єктів поводження з відходами;
- встановлення санітарно-гігієнічних вимог до продукції, що виробляється з відходів, та видача гігієнічного сертифіката на неї;
- методичне забезпечення та здійснення контролю під час визначення рівня небезпечності відходів.

Залежність здоров'я від різноманітних чинників, до яких окрім спадковості відносяться - стан навколишнього середовища, спосіб життя (умови праці, навчання, відпочинку, харчування, побуту тощо), рівень системи охорони здоров'я в країні, ставить питання про розробку та здійснення заходів, спрямованих на попередження чи зменшення можливого шкідливого впливу на здоров'я.

Реалізація цих завдань можлива шляхом здійснення комплексу загальнодержавних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних, оздоровчих заходів з метою створення найбільш сприятливих умов життя.

Важливе значення належить також особистості, оскільки без зусиль населення, спрямованих на збереження та покращання власного здоров'я, неможливе досягнення його високого рівня.

В діяльності закладів охорони здоров'я профілактичні заходи втілюються в різних формах у вигляді первинної та вторинної профілактики.

Первинна профілактика - це комплекс заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я. Важливою її складовою частиною є покращання соціально-економічних умов.

Безпосереднє відношення до профілактики має регламентація забезпечення здорових умов життя, передбачена в IV розділі Основ законодавства України про охорону здоров'я. Це стосується стану довкілля, діючої інфраструктури населених пунктів, об'єктів і видів діяльності підприємств, організацій тощо. Статтею 27 розділу Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що санітарно-епідемічне благополуччя територій і населених пунктів забезпечується системою державних стимулів та регуляторів, спрямованих на суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил та норм, комплексом спеціальних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів та організацією державного санітарного нагляду.

В Україні встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до планування і забудови населених пунктів; будівництва і експлуатації промислових та інших об'єктів; очистки і знешкодження промислових та комунально-побутових викидів, відходів і покидьків; утримання та використання житлових, виробничих і службових приміщень та територій, на яких вони розташовані; організації харчування і водопостачання населення; виробництва, застосування, зберігання, транспортування та поховання радіоактивних, отруйних і сильнодіючих речовин; утримання і забою свійських та диких тварин, а також до іншої

діяльності, що може загрожувати санітарно-епідемічному благополуччю територій і населених пунктів.

Важливе значення має проведення заходів щодо *профілактики інфекційних захворювань*. Відповідно до статті 30 Основ законодавства передбачено усунення від роботи осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань. Щодо окремих, особливо небезпечних інфекційних захворювань можуть здійснюватися обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи.

Регламентується проведення *обов'язкових медичних оглядів* відносно певних контингентів населення чи працюючих. Обов'язкові медичні огляди організуються і здійснюються у встановленому законодавством порядку.

Працівники підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, водопровідних споруд, лікувально-профілактичних, дошкільних і навчально-виховних закладів, об'єктів комунально-побутового обслуговування, інших підприємств, установ, організацій, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може спричинити поширення інфекційних захворювань, виникнення харчових отруєнь, а також працівники, зайняті на важких роботах і на роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці, повинні проходити обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) і періодичні медичні огляди. Обов'язкові щорічні медичні огляди проходять також особи віком до 21 року.

Позачергові медичні огляди осіб, зазначених у частині першій цієї статті, можуть проводитися на вимогу головного державного санітарного лікаря, а також на прохання працівника, якщо він пов'язує погіршення стану свого здоров'я з умовами праці.

Власники підприємств, установ, організацій або уповноважені ними органи несуть відповідальність згідно з чинним законодавством за організацію і своєчасність проходження працівниками обов'язкових медичних оглядів і допуск їх до роботи без наявності необхідного медичного висновку.

Працівники, які без поважних причин не пройшли у встановлений термін обов'язковий медичний огляд у повному обсязі, від роботи відсторонюються і можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності.

Законодавством України, зокрема Законом України "Про захист населення від інфекційних хвороб" регулюються також питання запобігання інфекційним захворюванням. З цією метою законодавчо закріплена вимога щодо профілактичних щеплень, госпіталізації та лікування інфекційних хворих та носіїв збудників інфекційних хвороб, санітарної охорони території України від занесення інфекційних хвороб.

Профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на туберкульоз, поліомієліт, дифтерію, кашлюк, правець та кір в Україні є обов'язковими.

Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з

особливостями виробництва або виконуваної ними роботи. У разі необґрунтованої відмови від щеплення за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби вони до роботи не допускаються.

Групи населення та категорії працівників, які підлягають профілактичним щепленням, у тому числі обов'язковим, а також порядок і терміни їх проведення визначаються Міністерством охорони здоров'я України.

Контроль за відповідністю імунобіологічних препаратів, що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів та забезпечення ними закладів охорони здоров'я здійснює в межах своєї компетенції Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення Міністерства охорони здоров'я України, Комітет з питань імунобіологічних препаратів та відповідний контрольний інститут.

Особи, які хворіють на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби або є носіями збудників цих хвороб, відсторонюються від роботи та іншої діяльності, якщо вона може призвести до поширення таких хвороб. Вони підлягають медичному нагляду і лікуванню за рахунок держави з виплатою допомоги з коштів соціального страхування в порядку, що встановлюється законодавством. Такі особи визнаються тимчасово чи постійно непридатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, внаслідок якої може створюватися підвищена небезпека для оточуючих у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної роботи.

Особи, хворі на особливо небезпечні інфекційні хвороби, в разі відмови від госпіталізації підлягають примусовому стаціонарному лікуванню, а носії збудників зазначених хвороб та особи, які мали контакт з такими хворими, - обов'язковому медичному нагляду і карантину в установленому порядку.

Перелік особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань, умови визнання особи хворою на інфекційну хворобу або носієм збудника інфекційної хвороби, протиепідемічні і карантинні правила встановлюються Міністерством охорони здоров'я України.

В'їзд на територію України іноземних громадян та громадян України, а також транспортних засобів з країн (місцевостей), де зареєстровано особливо небезпечні хвороби, дозволяється за наявності документів, передбачених міжнародними угодами і санітарним законодавством України.

З метою запобігання занесенню в Україну особливо небезпечних (у тому числі карантинних) і небезпечних для людей інфекційних хвороб у прикордонних контрольних пунктах у порядку, що встановлюється "Правилами санітарної охорони території України", затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 24 квітня 1999 р. № 696, створюються і функціонують спеціальні санітарно-карантинні підрозділи.

У разі виникнення чи загрози виникнення або поширення особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань, масових отруєнь, радіаційних уражень населення органи державної виконавчої влади, місцевого і

регіонального самоврядування за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби в межах своїх повноважень можуть запроваджувати у встановленому законодавством порядку на відповідних територіях чи об'єктах особливі умови та режими праці, навчання, пересування і перевезення, спрямовані на запобігання та ліквідацію цих захворювань та уражень.

Органи державної виконавчої влади, місцевого і регіонального самоврядування, підприємства, установи та організації зобов'язані забезпечувати своєчасне проведення масових профілактичних щеплень, дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних, інших протиепідемічних, а також дезактиваційних заходів.

Заходи первинної профілактики

Санітарно-профілактичні заклади

участь у формуванні здорового способу життя

розробка заходів оздоровлення природного та виробничого середовища, участь у їх проведенні

виявлення та усунення біологічних факторів ризику

Лікувально-профілактичні заклади

проведення медичних профілактичних оглядів

активне спостереження за станом здоров'я населення

виявлення факторів ризику виникнення захворювань

проведення імунізації

участь у формуванні здорового способу життя

медико-генетичні консультації

Мал 1. Участь лікувально-профілактичних закладів і санітарно-епідеміологічної служби в проведенні первинної профілактики.

У разі загрози виникнення або поширення особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань, масових отруєнь та радіаційних уражень відповідними посадовими особами державної санітарно-епідеміологічної служби можуть запроваджуватись позачергові профілактичні щеплення, інші заходи профілактики.

У здійсненні первинної профілактики беруть участь як санепідслужба, так і лікувально-профілактичні заклади (мал. 1).

Здійснення первинної профілактики потребує розробки та впровадження науково-обґрунтованих норм і правил, що стосуються праці, навчання, побуту, відпочинку, харчування тощо.

Вторинна профілактика має на меті попередження подальшого розвитку хвороби, запобігання появі ускладнень і запобігання інвалідності. Здійсненням цих заходів займаються переважно лікувально-профілактичні заклади.

Державна санітарно-епідеміологічна служба — це органи, установи та заклади санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства охорони здоров'я України, відповідні установи, заклади, частини та підрозділи Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Державного комітету в справах охорони державного кордону та Служби безпеки України.

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади, що здійснює контроль і нагляд за додержанням санітарного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, є Міністерство охорони здоров'я України.

На установи і заклади державної санітарно-епідеміологічної служби системи Міністерства охорони здоров'я України покладаються функції спеціально уповноважених відповідних адміністративно-територіальних, транспортних та об'єктових органів державного санітарно-епідеміологічного нагляду.

На установи, заклади і підрозділи державної санітарно-епідеміологічної служби інших міністерств і відомств покладаються функції спеціально уповноважених органів державного санітарно-епідеміологічного нагляду на підпорядкованих їм територіях, об'єктах, у частинах і підрозділах.

Установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюють свою діяльність на підставі Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 22 червня 1999 р. № 1109 та положень про державну санітарно-епідеміологічну службу відповідних міністерств і відомств.

Поряд із безпосередньою участю в профілактичній роботі органи та заклади санепідслужби здійснюють також інші функції (мал. 2).

Діяльність Державної санітарно-епідеміологічної служби України регламентується Конституцією України, законами України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про охорону навколишнього природного середовища",

"Про захист прав споживачів", "Про ветеринарну медицину", "Про охорону праці", "Про рекламу", "Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку", "Про захист населення від інфекційних хвороб", "Про пестициди та агрохімікати", "Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини" та іншими, Кодексом України про адміністративні правопорушення.

Участь у проведенні профілактичних заходів

Контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних та протиепідемічних норм і правил

Організація, планування та координація проведення санітарно-оздоровчих і протиепідемічних заходів

Мал. 2. Функції санепідслужби.

Важливим правовим підґрунтям забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення України є санітарне законодавство до якого, окрім перелічених актів законодавства, відносяться санітарні норми (державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи).

Основним актом, який регламентує діяльність санітарно-епідеміологічної служби, є закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", прийнятий Верховною Радою в 1994 р. Він складається з 7 розділів і містить 50 статей.

У першому розділі представлені загальні положення, розкриті поняття про санітарне та епідемічне благополуччя, державні санітарні норми, правила, санітарні та протиепідемічні заходи.

В другому розділі визначені права та обов'язки громадян щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Третій розділ регламентує вимоги до забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населенню. Вони стосуються:

- планування та забудови населених пунктів;
- розміщення, будівництва, реконструкції підприємств, очисних споруд;
- господарсько-питного водопостачання;
- продовольчої сировини та продуктів харчування;
- безпечних умов проживання, навчання, виховання тощо.

В цьому розділі визначені зміст і порядок проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, яка передбачає:

- безпеку господарської та іншої діяльності, умов праці, навчання, виховання, побуту;
- встановлення відповідності об'єктів експертизи вимогам санітарних норм;
- оцінку повноти та обґрунтованості санітарних і протиепідемічних заходів;
- оцінку можливого негативного впливу небезпечних факторів, пов'язаних з діяльністю об'єктів експертизи, визначення ступеня створюваного ними ризику для здоров'я населення.

Введено поняття про *лицензування* видів діяльності небезпечних для здоров'я людей. До них відносяться: виробництво, переробка та реалізація різних видів продукції, комунально-побутове та медичне обслуговування населення, виховання та навчання дітей і підлітків, будь-які роботи з біологічними агентами та хімічними речовинами, джерелами іонізуючих і неіонізуючих випромінювань і радіоактивними речовинами.

В державних стандартах та інших нормативних документах визначено перелік продукції з огляду на її безпеку для здоров'я та життя населення, який підлягає обов'язковій *сертифікації*.

Головний державний санітарний лікар України разом з Державним комітетом із стандартизації, метрології та якості продукції визначає порядок акредитації та акредитує установи, організації, заклади, яким надається право визначення відповідності продукції вимогам безпеки для здоров'я та життя населення.

В *четвертому розділі* визначені система державної санепідслужби, основні напрямки та забезпечення її діяльності, заходи правового та соціального захисту її працівників.

В *п'ятому розділі* представлені поняття та завдання державного санепіднагляду, визначені повноваження та відповідальність посадових осіб щодо його здійснення, вказані заходи із припинення порушень санітарного законодавства.

В *шостому розділі* визначені види відповідальності та порядок застосування різних заходів до юридичних і фізичних осіб у випадку порушення санітарного законодавства.

Сьомий розділ регламентує міжнародні відносини України щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Згідно з Законом України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя" поняття "*санітарнета епідемічне благополуччя*" визначають як "оптимальні умови життєдіяльності, що забезпечують низький рівень захворюваності, відсутність шкідливого впливу на здоров'я населення факторів навколишнього середовища, а також чинників для виникнення та поширення інфекційних захворювань".

Наведене визначення складових частин цього поняття свідчить про необхідність проведення багатопланових профілактичних заходів на рівні держави, суспільства та окремих груп населення, різних відомств, служб і зокрема санітарно-епідеміологічної.

Забезпечення державою санітарного та епідемічного благополуччя залежить від наявності низки передумов, до яких належать:

- розвинуте санітарне законодавство, в тому числі державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи;
- застосування системи державних стимулів і регуляторів, спрямованих на його дотримання;
- організація державного санітарного-епідеміологічного нагляду.

Установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюють *державний санітарно-епідеміологічний нагляд*, тобто діяльність з контролю за дотриманням юридичними та фізичними особами санітарного законодавства. Метою діяльності є запобігання, виявлення, зменшення чи усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей. При потребі є можливим застосування заходів правового впливу щодо порушників.

Основні завдання державного санітарно-епідеміологічного нагляду:

- нагляд за організацією і проведенням органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарних і протиепідемічних заходів;
- нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення, участь у розробці та контроль за виконанням програм із запобігання шкідливому впливу небезпечних факторів довкілля та виробничого середовища на здоров'я людини;
- нагляд за дотриманням санітарного законодавства;
- нагляд за виконанням приписів та вимог посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби;
- проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, надання висновків та дозволів на проведення видів діяльності, передбачених Законом України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення";
- проведення гігієнічної регламентації будь-якого небезпечного фактора фізичної, хімічної, біологічної природи, присутнього у середовищі життєдіяльності людини, з метою встановлення та затвердження критеріїв їх допустимого впливу на здоров'я людини.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюють:

- а) установи і заклади державної санітарно-епідеміологічної служби системи МОЗ:
- головне санітарно-епідеміологічне управління МОЗ;
 - управління з медичних проблем аварії на Чорнобильській АЕС МОЗ;
 - центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ;
 - Кримська республіканська санітарно-епідеміологічна станція;
 - обласні, міські, районні та районні у містах санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції;
 - центральна санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті, санітарно-епідеміологічні станції на залізницях, лінійні санітарно-епідеміологічні станції на залізницях;
 - центральна санітарно-епідеміологічна станція на повітряному транспорті;
 - центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, санітарно-епідеміологічні станції басейнів і портів;
 - санітарно-карантинні підрозділи;
 - спеціалізовані установи та заклади МОЗ для боротьби з особливо небезпечними інфекціями;

- санітарно-епідеміологічні станції об'єктів, що мають особливий режим роботи;

б) відповідні установи, заклади, з'єднання, частини і підрозділи державної санітарно-епідеміологічної служби Міноборони, МВС, Держкомкордону, СБУ, на які згідно із законодавством покладаються функції спеціально уповноважених органів державного санітарно-епідеміологічного нагляду на підпорядкованих їм територіях, об'єктах, у частинах і підрозділах.

Основною формою здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду є перевірка дотримання санітарного законодавства. Перевірки проводяться за планами установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, а також позапланово залежно від санітарної, епідемічної ситуації, за заявами громадян.

Фінансування органів, установ і закладів державної санепідслужби МОЗ України здійснюється безпосередньо за рахунок відповідних бюджетів МОЗ, АР Крим, обласних, міст Києва та Севастополя, а також позабюджетних коштів.

Санепідслужби інших міністерств і відомств фінансуються за рахунок своїх бюджетів.

Фінансування Державної санітарно-епідеміологічної служби України здійснюється відповідно до Законів України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" та "Про джерела фінансування органів державної влади".

Державну санітарно-епідеміологічну службу України очолює головний державний санітарний лікар України - перший заступник Міністра охорони здоров'я України з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду, який призначається на посаду і звільняється з посади відповідно до законодавства та безпосередньо підзвітний Кабінетові Міністрів України.

Державна санепідслужба МОЗ України на початок 2000 року налічувала 812 санепідстанцій, в складі яких Центральна санепідстанція МОЗ України, Республіканська санепідстанція Автономної Республіки Крим, 24 обласних, 191 міська, 479 районних санепідстанцій сільських районів, Центральні санепідстанції на водному, залізничному, повітряному транспорті, 3 санепідстанції басейнів, 14 санепідстанцій портів, 55 на залізницях та лінійні санепідстанції на залізницях, 1 протичумна, 8 санепідстанцій спеціалізованих медсанчастин і 32 дезінфекційні станції. Крім цього, в структуру служби входять два комітети МОЗ України: Комітет з питань імунобіологічних препаратів та Комітет з питань гігієнічного регламентування; Рада з регламентації застосування та впровадження дезінфекційних засобів і держпідприємство "Укрвакцина". В структурі державної санітарно-епідеміологічної служби України знаходяться 14 науково-дослідних інститутів.

Кадрово-штатна структура санепідслужби МОЗ України налічує понад 55 тис. працівників, серед них 11,4 тис. лікарів (тобто 2,28 на 10 тисяч населення), 1000 спеціалістів з вищою немединою освітою і близько 29 тис. середнього медичного персоналу.

Категорії СЕС визначаються залежно від кількості населення (таблиця 1).

Таблиця 1.

Категорії різних СЕС залежно від чисельності населення

СЕС	Категорії СЕС		
	I	II	III
Обласні	Понад 2 млн.	Від 1 млн. до 2 млн.	До 1 млн.
Міські з районним поділом, що мають районні СЕС	Від 600 тис. до 800 тис.	Від 400 тис. до 600 тис.	До 400 тис.
Міські	Понад 300 тис.	Від 200 тис. до 300 тис.	Від 100 тис. до 200 тис.
Районні сільських районів	Від 60 тис. до 100 тис.	Від 30 тис. до 60 тис.	До 30 тис.

До складу СЕС всіх рівнів управління входять *санітарно-гігієнічний та епідеміологічний відділи*. З підвищенням рівня управління структура СЕС стає більш складною.

Найменш диференційованою є структура СЕС сільських районів (мал. 3).

Санітарно-епідеміологічна станція

Санітарно-гігієнічний відділ

Епідеміологічний відділ

Бактеріологічна лабораторія

Дезінфекційне відділення

Госпрозрахункове відділення профілактичної дезінфекції, дезінсекції та дератизації

Мал. 3. Структура СЕС сільського району.

У міських СЕС до складу санітарно-гігієнічного відділу входять відділення за розділами роботи, збільшується число підрозділів епідеміологічного відділу. Як самостійний до структури СЕС може входити дезінфекційний відділ (мал. 4).

В обласних СЕС посилюється лабораторна служба, ускладнюється структура епідеміологічного відділу (мал. 5).

До санітарно-епідеміологічних відносяться заклади *дезінфекційної служби*, серед них є міська дезінфекційна станція. Її категорії визначають за чисельністю міського населення.

Міська санітарно-епідеміологічна станція

Санітарно-гігієнічний відділ з відділеннями		Епідеміологічний відділ з відділеннями	Дезінфекційний відділ з відділеннями (за відсутності в місті дезінфекційної станції)
комунальної гігієни	лабораторія з відділеннями	протиепідемічне	
гігієни праці		паразитологічне	евакуації та вогнищевий дезінфекції
гігієни дітей та підлітків	комунальної гігієни	бактеріологічна лабораторія	камерної дезінфекції та санітарної обробки
радіологічна група	гігієни праці		
	гігієни харчу-		госпрозрахункове профілактичної дезінфекції, дезінсекції та дератизації

Мал. 4. Структура міської СЕС.

/ *категорія* - чисельність населення від 500 тисяч до 1 мільйона;

// *категорія* — чисельність населення від 200 тисяч до 500 тисяч;

/// *категорія* - чисельність населення до 200 тисяч.

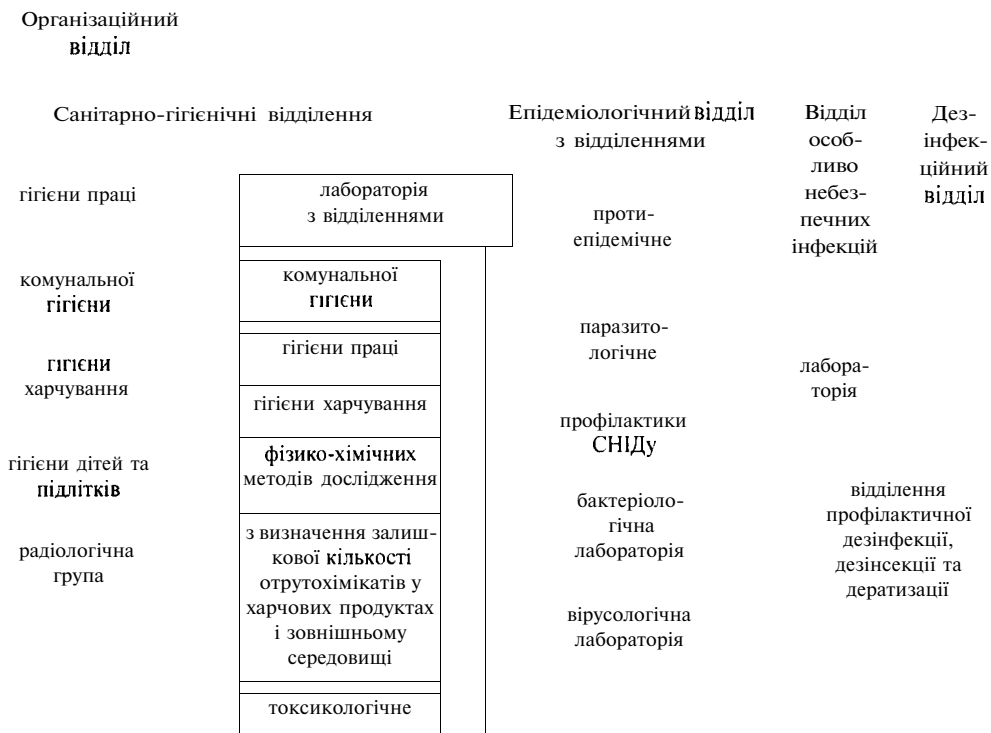
Структура дезстанцій представлена на мал. 6.

Існують різні організаційні форми дезінфекційного забезпечення. Поряд із станціями можуть створюватися об'єднання "Меддезінфекція" в містах та області, а також об'єднання "Профдезінфекція".

Головний державний санітарний лікар України:

- забезпечує дотримання єдиних вимог щодо здійснення на території України державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- визначає перелік, структуру, функції установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби системи МОЗ, а також погоджує переліки, структуру, функції установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби Міноборони, МВС, Держкомкордону, СБУ та вирішує питання, пов'язані з організацією їх діяльності;
- видає накази про діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби, постанови, приписи та інші розпорядчі документи, а також вносить

Обласна санітарно-епідеміологічна станція



Мал. 5. Структура обласної СЕС.



Мал. 6. Структура міської дезінфекційної станції.

пропозиції (подання) з питань організації та здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні;

- представляє інтереси державної санітарно-епідеміологічної служби на підприємствах, в установах і організаціях усіх форм власності, суді, арбітражному суді;

- організовує вивчення та узагальнення міжнародного досвіду, бере в установленому порядку участь у підготовці та реалізації міжнародних проектів, програм, договорів з відповідними державними і недержавними організаціями інших країн та співпрацює з ВООЗ, Комісією Кодексу Аліментаріус, ФАО, ЮНЕП, МОП та іншими міжнародними організаціями з питань, що належать до його компетенції;

- бере участь у формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, готує проекти законодавчих та інших нормативно-правових актів щодо санітарно-епідеміологічного благополуччя населення;

- подає на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- безпосередньо інформує Кабінет Міністрів України про санітарну та епідемічну ситуацію в Україні і на окремих її територіях, випадки особливо небезпечних та масових інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних уражень, професійних захворювань та інших питань, що належать до його компетенції;

- організовує виконання доручень Президента України, Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.

Для наукового та методологічного забезпечення санітарно-епідеміологічної служби, формування державного та галузевого замовлення на науково-дослідні роботи при головному державному санітарному лікареві України функціонує як консультативно-дорадчий орган наукова рада, до складу якої входять провідні науковці та фахівці гігієнічного та епідеміологічного профілю.

Для розгляду та вирішення найважливіших питань державної санітарно-епідеміологічної служби в Державній санітарно-епідеміологічній службі України працює колегія державної санітарно-епідеміологічної служби у складі головного державного санітарного лікаря України, його заступників та інших посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби.

Очолює колегію та затверджує положення і її склад головний державний санітарний лікар України.

Керівництво державною санітарно-епідеміологічною службою Автономної Республіки Крим здійснює головний державний санітарний лікар Автономної Республіки Крим, який за посадою є заступником Міністра охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, призначається на посаду і звільняється з посади головним державним санітарним лікарем України за погодженням з Радою міністрів Автономної Республіки Крим.

Керівництво державною санітарно-епідеміологічною службою області, міст Києва і Севастополя здійснює відповідно головний державний санітарний лікар області, міст Києва і Севастополя, який призначається на посаду і звільняється з посади головним державним санітарним лікарем України за погодженням з відповідною обласною, Київською і Севастопольською міською державною адміністрацією.

Державну санітарно-епідеміологічну службу в районі, місті, районі в місті очолює відповідно головний державний санітарний лікар району, міста, району в місті, який призначається на посаду і звільняється з посади відповідно головним державним санітарним лікарем Автономної Республіки Крим, області, міст Києва і Севастополя, міста з районним поділом.

Керівництво державною санітарно-епідеміологічною службою на водному, залізничному, повітряному транспорті здійснюється відповідно головним державним санітарним лікарем водного, залізничного та повітряного транспорту, який призначається на посаду і звільняється з посади головним державним санітарним лікарем України.

Державну санітарно-епідеміологічну службу об'єктів, що мають особливий режим роботи, очолюють головні державні санітарні лікарі цих об'єктів, які призначаються на посаду і звільняються з посади головним державним санітарним лікарем України.

Перелічені вище головні державні санітарні лікарі за посадою є головними лікарями відповідних санітарно-епідеміологічних станцій.

Державну санітарно-епідеміологічну службу Міноборони, МВС, Держкомкордону, СБУ очолює головний державний санітарний лікар цього центрального органу виконавчої влади, який призначається на посаду і звільняється з посади керівником відповідного центрального органу виконавчої влади за погодженням з головним державним санітарним лікарем України. Головний державний санітарний лікар Міноборони, МВС, Держкомкордону, СБУ підпорядковані безпосередньо керівникові відповідного центрального органу виконавчої влади, а з питань державного санітарно-епідеміологічного нагляду - головному державному санітарному лікарю України згідно із законодавством.

До управлінського персоналу СЕС різних рівнів входять *завідувачі* відділів, відділень та лабораторій, *заступник* головного лікаря з *економічних питань*.

В управлінні обласних СЕС введена посада *заступника головного лікаря*.

До штатів, незалежно від рівня управління, входять: лікарі, помічники лікарів, лаборанти, молодші медичні сестри, медичні статистики.

В міських і обласних СЕС є посади інженерів, техніків, економістів, бухгалтерів.

Штати та кадри СЕС першого рівня управління визначаються їх типом і категорією. Деякі СЕС сільських районів мають штатні нормативи міських СЕС III категорії, оскільки чисельність населення в деяких районах перевищує 100 тисяч.

Слід зазначити, що головні лікарі СЕС всіх рівнів управління можуть корегувати організаційну структуру, змінювати в межах фонду заробітної платні чисельність співробітників і штати закладів, профіль спеціалістів залежно від соціально-економічних, санітарно-гігієнічних та епідеміологічних умов і особливостей конкретних територій, участі у виконанні різних програм.

При встановленні штатів лікарів з загальної гігієни, гігієни дітей та підлітків, харчування, з комунальної гігієни враховується категорія СЕС.

Посади лікарів з гігієни праці в обласній і в міських з районним поділом вводяться залежно від категорії СЕС. В міських і районних СЕС передбачена 1 посада на 14 тисяч працівників, зайнятих в промисловості, будівництві, сільському господарстві, на автотранспорті та 1 посада помічника лікаря на 7 тисяч цих контингентів.

За чисельністю населення встановлюють посади лікарів-епідеміологів міських СЕС – одна на 30 тисяч населення і додатково ще одна.

Посади лікарів-бактеріологів встановлюють залежно від обсягу робіт бактеріологічної лабораторії, вираженої в лабораторних одиницях.

Штати дезстанції залежать від категорії - цей принцип застосовується до всіх підрозділів дезстанції за винятком відділу профілактичної дезінфекції, дезінсекції та дератизації. З огляду на його госпрозрахунковість їх визначають, виходячи з обсягу запланованих робіт.

Завідують всіма підрозділами, крім контрольної лабораторії, лікарі-дезінфекціоністи, чи помічники епідеміолога в дезстанціях III, а подекуди II категорії. Роботою контрольної лабораторії керує лікар-бактеріолог. У всіх підрозділах працюють помічники епідеміолога, медичні сестри (в якості диспетчерів та евакуаторів). У відділах вогнищевої, камерної, профілактичної дезінфекції, санітарному пропускнику введені посади інструкторів-дезінфекторів і дезінсекторів.

Слід зауважити, що діючі штатні нормативи є орієнтовними. В зв'язку з розширенням прав керівників медичних закладів структура, чисельність кадрів і штатний розклад санітарно-епідеміологічних закладів затверджуються ними в межах установленого фонду оплати праці.

Завдання і напрямки діяльності державної санепідслужби різнопланові. Умовно можна виділити такі їх розділи (мал. 7).

Контрольна робота - це здійснення державного запобіжного та поточного санепіднагляду.

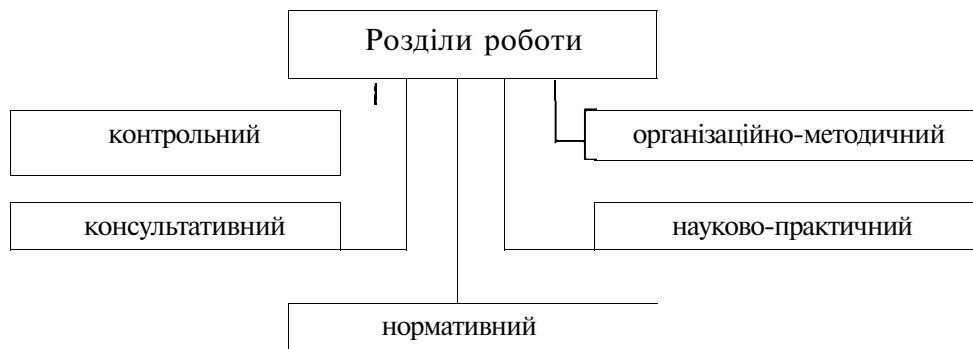
Консультативна робота полягає в проведенні консультацій різних відомств з питань охорони довкілля, профілактики інфекційних захворювань, організації належних умов життя, побуту, праці, навчання, відпочинку, в наданні юридичним і фізичним особам інформації про санітарно-епідемічну ситуацію.

Здійснюючи *організаційно-методичну роботу*, заклади санепідслужби координують, скеровують діяльність підприємств, установ, організацій на виконання санітарно-гігієнічних, протиепідемічних норм і правил. Органи та заклади

санепідслужби розробляють, затверджують, узгоджують інструктивно-методичні матеріали щодо дій із забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Науково-практична робота полягає у проведенні поглибленого вивчення впливу факторів довкілля та способу життя на здоров'я населення з метою розробки заходів із його покращання.

Нормативна робота - це розробка та затвердження (узгодження) санітарних правил, гігієнічних нормативів, проведення санітарно-гігієнічної експертизи.



Мал. 7. Розділи діяльності державної санепідслужби.

Обсяг і спрямованість конкретних заходів при здійсненні перелічених розділів роботи залежать насамперед від рівня управління закладу.

Головне місце в діяльності СЕС I та II рівнів (тобто СЕС сільських районів і міських СЕС) займає контрольна робота. В той же час СЕС III та IV рівнів управління здійснюють її вибірково, виходячи із значущості об'єктів державного санепіднагляду (ДСН) чи з конкретної ситуації.

Лікарі-гігієністи та епідеміологи районних і міських СЕС I рівня управління значну частину робочого часу проводять на об'єктах ДСН, у осередках інфекційних захворювань. Вони здійснюють запобіжний і поточний санепіднагляд, беруть участь у організації періодичних профілактичних оглядів, допомагають санітарному активу, консультують працівників техніки безпеки підприємств, здійснюють або контролюють забір проб (матеріалів) для лабораторних досліджень, проводять окремі інструментальні дослідження.

В діяльності лікарів наступних рівнів управління безпосереднє здійснення державного санепіднагляду займає менше часу. Їх робота значною мірою стосується оцінки стану здоров'я населення та санепідситуації, складання узагальнюючих документів, розробки санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів. Ці види діяльності відносяться до організаційно-методичної роботи, яка займає значну частину часу не тільки у керівників структурних підрозділів СЕС III та IV рівнів управління, але й у лікарів-гігієністів і епідеміологів.

Організаційно-методична робота здійснюється в кількох напрямках (мал. 8).

Напрямки роботи СЕС

Вивчення стану здоров'я населення та окремих його груп

Планування заходів з підвищення кваліфікації співробітників СЕС і участь у їх проведенні

Оцінка діяльності районних і міських СЕС, а також власної діяльності обласної СЕС

Вивчення та розповсюдження передового досвіду роботи різних СЕС або їх підрозділів

Участь у складанні планів роботи СЕС і різних комплексних планів

Участь у розробці різних цільових програм

Участь у підготовці різних оглядових матеріалів, довідок тощо

Мал. 8. Напрямки організаційно-методичної роботи санепідстанцій.

Основне місце в роботі санепідслужби займає запобіжний та поточний державний санітарно-епідеміологічний нагляд.

Запобіжний санепіднагляд, залежно від рівня установи (закладу) санепідслужби це:

- гігієнічне та епідеміологічне нормування потенційно небезпечних для здоров'я людини факторів, що знаходить своє відображення в гігієнічних та епідеміологічних нормативах, регламентація застосування цих факторів, а також технологій, продукції тощо в санітарних правилах і нормах, державних і галузевих стандартах;
- державна санітарно-гігієнічна (санітарно-епідеміологічна) експертиза, спрямована на визначення відповідності нової діяльності, технології, продукції, сировини, нормативного документу, проектної, технічної, інструктивно-методичної документації тощо, що можуть безпосередньо або опосередковано впливати на здоров'я людини, санітарному законодавству, в тому числі санітарним нормам, державним стандартам, технічним умовам та регламентам тощо, а у разі їх відсутності із встановленням критеріїв безпеки (показників та їх гранично допустимих рівнів, вмісту, концентрації тощо);
- контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм і правил при проектуванні, будівництві, реконструкції житлових, комунальних, промислових і інших об'єктів, при зміні технології виробництва чи запровадженні нових виробничих процесів. Здійснюється також контроль за плануванням, забудовою та благоустроєм населених місць, за проведенням заходів із санітарної охорони атмосферного повітря, джерел водопостачання, ґрунту від будь-якого забруднення.

Його елементи такі: (мал. 9)

Гігієнічна регламентація
потенційно небезпечних факторів

Державна санітарно-гігієнічна
експертиза нормативних доку-
ментів, проектів, програм тощо

Державна санітарно-гігієнічна
експертиза продукції

Державна санітарно-гігієнічна
експертиза виробництв, технологій
тощо

Облік об'єктів і споруд

Вибір і відведення земельної
ділянки під будівництво

Розгляд, узгодження, затвердження
проекту будівництва чи реконст-
рукції об'єкта, споруди, агрегату

Систематичний контроль за
будівництвом або реконструкцією

Участь у прийманні побудованого
чи переобладнаного об'єкта,
споруди

Мал. 9. Елементи проведення запобіжного санепіднагляду.

Слід зауважити, що узгодження проекту з органами та закладами санепіднагляду не є обов'язковим, якщо проект та робочі креслення на будівництво підприємств, будівель і споруд розроблені відповідно до діючих норм та правил. Вони мають бути завірені головним інженером проекту з відповідним записом у матеріалах проекту. Тому санепідслужба повинна здійснювати лише вибірковий контроль за проектуванням.

При проведенні контролю за будівництвом слід передбачити не менше 4-х обстежень об'єкта протягом року.

Дії органів і закладів санепідслужби щодо запобіжного санепіднагляду при будівництві та реконструкції об'єктів і споруд реєструються у відповідних облікових документах. До них відносяться:

- висновок стосовно вибору та відведення земельних ділянок під будівництво;
- висновок щодо проекту будівництва;
- карта санітарного нагляду за будівництвом, реконструкцією об'єкта;
- висновок про можливість введення в експлуатацію побудованого, відновленого чи реконструйованого промислового об'єкта;
- акт прийняття державною приймальною комісією до експлуатації закінченого будівництва (реконструйованого) об'єкта.

Запобіжний санепіднагляд поширюється на охорону атмосферного повітря, водоймищ, джерел водопостачання та ґрунту і передбачає:

- детальний облік усіх підприємств, виробничих і побутових джерел, які їх забруднюють;
- систематичне вивчення санітарно-гігієнічного стану шляхом проведення лабораторного контролю;
- розробка і подання відповідних завдань до Міністерств, відомств, організацій, підприємств і т. ін. щодо попередження забруднень.

Важливою складовою частиною діяльності закладів санепідслужби є *поточний санепіднагляд* за численними об'єктами, розміщеними на конкретній території.

Метою його є контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних та проти-епідемічних норм і правил на діючих підприємствах, в установах, організаціях, на спорудах різного призначення, в житлових і громадських приміщеннях, ЛПЗ, дитячих закладах.

При плануванні та здійсненні поточного санепіднагляду за кожним його профілем насамперед визначають значущість об'єктів, з урахуванням їх особливостей, впливу на стан навколишнього середовища та здоров'я населення. Орієнтовно планують 7-8 відвідувань харчових об'єктів, 8-9 - дитячих і підліткових закладів, 4-5 - комунальних об'єктів, причому господарсько-питний водогін вимагає більш частих обстежень.

Є такі основні види обстежень:

- *поточні* з метою нагляду за експлуатацією об'єктів, їх устаткуванням і обладнанням;
- *планові поглиблені (цільові)* - метою їх є детальне вивчення стану об'єкта та складання санітарного опису;
- *комплексні* - проводяться бригадою спеціалістів з метою вивчення взаємозв'язку умов життя, праці, виховання та здоров'я відповідних груп населення.

Спрямованість і обсяг різних видів роботи конкретних СЕС залежать від багатьох передумов. Крім соціально-економічних, медико-географічних і епідеміологічних особливостей території на інтенсивність діяльності СЕС впливає чисельність, тип, стан об'єктів державного санепіднагляду (ДСН) і довкілля.

За *оцінкою санітарно-гігієнічного стану об'єкти ДСН* розподіляють на три групи.

Перша група — санітарний стан відповідає санітарно-гігієнічним та проти-епідемічним нормам і правилам, відсутнє перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) шкідливих речовин або гранично допустимих рівнів (ГДР).

Друга група - санітарно-гігієнічний стан не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, але відсутнє перевищення ГДК або ГДР.

Третя група - санітарний стан об'єктів не відповідає санітарно-гігієнічним нормам і правилам, при цьому має місце перевищення ГДК і ГДР.

За останні роки рівень забруднення повітряного середовища шкідливими речовинами продовжує залишатись високим. За результатами досліджень, проведених санепідслужбою у 1998 році, питома вага досліджень з перевищенням гранично-допустимих концентрацій становить 12,57 %.

Найбільш високі рівні забруднення атмосферного повітря виявлені у містах Донецько-Придніпровського регіону, де промислові викиди в атмосферу з року в рік перевищують 70 % від загального валового викиду всіх основних підприємств країни (12,57 %).

Значне навантаження на довкілля створюють тверді промислові відходи, яких накопичується за рік у середньому 1680,5 млн. тонн. Значна їх кількість утворюється у Дніпропетровській (Дніпродзержинський металургійний комбінат - 1,7 млн.т. щорічно), Запорізькій (Марганцевий і Орджонікідзевський ГЗК - 22,7 млн.т.), Донецькій (ВО "Донецьквугілля" - 10,1 млн.т., Єнакієвський металургійний завод - 12,4 млн.т.), Кіровоградській, Львівській та інших областях, Львівсько-Волинському вугільному, Прикарпатському сірчаному і калійному басейнах.

При здійсненні поточного санепідагляду заповнюють численні облікові документи, а саме:

- акт санітарного обстеження;
- акти відбору проб води, харчових продуктів, кулінарних виробів;
- акт розслідування профотруєння та профзахворювання;
- протоколи досліджень питної води, повітря населених місць, повітря закритих приміщень, ґрунту, вимірювань шуму та вібрації тощо.

Лікарі-гігієністи та епідеміологи у своїй діяльності застосовують різні методи (мал. 10).

Методи роботи

Динамічне санітарне та епідеміологічне спостереження за територією, окремими об'єктами (з метою гігієнічної та епідеміологічної оцінки та прогнозування, планування профілактичних заходів)

Статистичний метод (з метою оцінки стану здоров'я населення, аналізу епідемічних процесів, оцінки обсягу та якості роботи СЕС, аналізу ефективності санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів)

Лабораторні та інструментальні дослідження

Соціологічний метод (опитування, анкетування з метою отримання інформації для медико-соціального аналізу)

Експертні оцінки санітарно-епідемічної ситуації

Мал. 10. Методи роботи лікарів-гігієністів і епідеміологів.

Це дозволяє визначати санітарно-гігієнічний та протиепідемічний стан території, об'єктів, здоров'я окремих груп населення, прогнозувати зміни стану об'єктів ДСН, окремих показників здоров'я. На основі цих даних розробляють відповідні профілактичні заходи, які мають проводити заклади

санепідслужби, ЛПЗ, різні служби та відомства. Їх включають до цільових програм, що здійснюються як на державному, так і на регіональних рівнях.

Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя залежить від узгоджених дій закладів охорони здоров'я різних служб і відомств та органів влади.

Органи та заклади державної санепідслужби виконують *координуючу, організаторську та контролюючу функції* щодо проведення комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, спрямованих на охорону здоров'я населення.

Виконання їх потребує співпраці з владними структурами, органами щодо здійснення нагляду і контролю за дотриманням законодавства із охорони навколишнього середовища, прав споживачів, законів і підзаконних актів у різних галузях господарства тощо.

Органи, установи та заклади державної санепідслужби співпрацюють з екологічною та ветеринарною інспекціями, Держстандартом, Держатомнаглядом, із санепідслужбами інших міністерств і відомств. Розмежування сфер діяльності, повноважень, відповідальності відображено в діючих інструкціях (положеннях).

Спільна робота органів і закладів санепідслужби, інших відомств і служб потребує чіткого розмежування функцій, прав і обов'язків сторін.

Це стосується також узгодження дій різних закладів системи охорони здоров'я. Наприклад, здійснення протиепідемічних заходів вимагає визначення відповідальності та обов'язків ЛПЗ і СЕС (мал. 11).

Ефективність заходів із забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя залежить від достатнього правового підґрунтя, наявності розвинутого санітарного законодавства.

Санітарне законодавство — це сукупність законів і підзаконних актів, які регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я населення. Санітарне законодавство базується на Основах законодавства України про охорону здоров'я і складається з закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", інших актів законодавства та санітарних норм.

Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя ґрунтується на дотриманні санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил виконання певних обов'язків з боку підприємств, установ, організацій, громадян.

Згідно із статтею 7 закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" *підприємства, установи та організації зобов'язані:*

- за пропозиціями посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби розробляти та здійснювати санітарні та протиепідемічні заходи;
- у випадках, передбачених санітарними нормами, забезпечувати лабораторний контроль за дотриманням вимог до цих норм щодо безпеки використання (зберігання, транспортування тощо) шкідливих для здоров'я речовин і матеріалів, утворюваних внаслідок їх діяльності викидів, скидів, відходів та факторів, а також готової продукції;

СЕС

ЛПЗ

облік інфекційних захворювань	рання діагностика інфекційних захворювань
аналіз інфекційної захворюваності	забезпечення ізоляції інфекційних хворих (при необхідності — ізоляція їх)
епідеміологічне обстеження вогнища інфекційного захворювання	лікування хворих вдома (якщо це доцільно)
лабораторне обстеження контактних осіб	своєчасне направлення до СЕС екстреного повідомлення
евакуація інфекційних хворих	спостереження за особами, що контактували з інфекційним хворим
контроль проведення профілактичних щеплень	організація поточної дезінфекції
постачання препаратів для профілактичних щеплень, контроль за їх належним зберіганням і використанням	проведення профілактичних щеплень
проведення поточної та заключної дезінфекції у вогнищах інфекційних захворювань	проведення дегельмінтизації населення
контроль за дотриманням у стаціонарах протиепідемічного режиму	

Мал. 11. Обов'язки СЕС і ЛПЗ щодо здійснення протиепідемічних заходів.

- надавати безкоштовно на вимогу посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, зразки використовуваних сировини та матеріалів продукції, що випускається чи реалізується, для проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи;
- виконувати розпорядження та вказівки посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби при здійсненні ними державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- усувати за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні

для оточуючих інфекційні хвороби, осіб, які були в контакті з такими хворими, з виплатою у встановленому порядку допомоги із соціального страхування, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду чи щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється Міністерством охорони здоров'я України;

- негайно інформувати органи, установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби про надзвичайні події і ситуації, що становлять загрозу здоров'ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю;
- відшкодувати у встановленому порядку працівникам і громадянам збитки, завдані їх здоров'ю внаслідок порушення санітарного законодавства.

Підприємства, установи та організації мають право (стаття 6):

- на одержання від органів державної виконавчої влади, місцевого та регіонального самоврядування, відповідних органів і закладів охорони здоров'я інформації про стан здоров'я населення, санітарну та епідемічну ситуацію, законодавчі, нормативні акти з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та санітарні норми;
- на відшкодування збитків, завданих їм внаслідок порушень санітарного законодавства підприємствами, установами, організаціями та громадянами.

Статтею 5 вищезазначеного закону встановлені також *обов'язки громадян*:

- піклуватися про своє здоров'я та здоров'я і гігієнічне виховання своїх дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- брати участь у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів у випадках, передбачених законодавством;
- проходити обов'язкові медичні огляди та робити щеплення в передбачених законодавством випадках;
- виконувати розпорядження та вказівки посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби при здійсненні ними державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

За статтею 4 *громадяни мають право* на:

- безпечні для здоров'я та життя продукти харчування, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище;
- участь у розробці, обговоренні та громадській експертизі проектів програм і планів забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, внесення пропозицій з цих питань до відповідних органів;
- відшкодування збитків, завданих їм здоров'ю внаслідок порушення підприємствами, установами, організаціями, громадянами санітарного законодавства;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, а також про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь.

Законодавством України громадянам можуть бути надані й інші права щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Для здійснення державного санепіднагляду головним державним санітарним лікарям, їх заступникам та іншим посадовим особам органів, установ і закладів державної санепідслужби надані відповідні *повноваження*.

Згідно із статтею 41 закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" *головним державним санітарним лікарям* АР Крим, областей, міст, районів і *їх заступникам* надаються повноваження:

а) державного санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням органами державної виконавчої влади, місцевого та регіонального самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарного законодавства;

б) систематичного аналізу санітарної та епідемічної ситуації, показників здоров'я населення, окремих його груп;

в) визначення факторів, що можуть шкідливо впливати на здоров'я населення, ступеня створюваного ними ризику для здоров'я населення регіону, території, об'єкта, окремих професійних груп тощо;

г) контролю за проведенням санітарних і протиепідемічних заходів, виконанням програм профілактики захворювань, охорони здоров'я населення;

д) погодження відведення земельних ділянок під забудову та інші види землекористування, місця водозаборів і скидання стічних вод, розташування промислових та інших об'єктів;

е) винесення рішень про необхідність проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи, визначення складу комісій для її здійснення та затвердження висновків;

є) погодження регіональних і місцевих програм у галузі соціально-економічного розвитку;

ж) винесення рішень про відповідність вимогам санітарних норм об'єктів і споруд, що вводяться в експлуатацію;

з) погодження видачі, а в передбачених законодавством випадках - надання дозволу на здійснення видів діяльності, передбачених цим Законом;

и) безперешкодного входу на територію та у приміщення всіх об'єктів нагляду за службовим посвідченням і обов'язкових для виконання вказівок щодо усунення виявлених порушень санітарних норм, а також проведення необхідних лабораторних досліджень;

і) безкоштовного отримання від юридичних осіб і громадян, у тому числі іноземних, які перебувають або ведуть діяльність на відповідній території України, матеріалів і відомостей, статистичних та інших даних, що характеризують санітарний та епідемічний стан об'єктів і здоров'я людей;

ї) безкоштовного відбору зразків сировини, продукції, матеріалів для державної санітарно-гігієнічної експертизи;

й) визначення необхідності профілактичних щеплень та інших заходів профілактики в разі загрози виникнення епідемій, масових отруєнь і радіаційних уражень;

к) розслідування причин і умов виникнення професійних або групових інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій і подання матеріалів з цих питань компетентним органам для притягнення винних до відповідальності;

л) застосування передбачених цим Законом заходів для припинення порушення санітарного законодавства.

Іншим посадовим особам органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (лікарі-гігієністи, лікарі-епідеміологи, помічники лікарів) надаються повноваження, передбачені пунктами "а", "б", "в", "г", "и", "і", "ї", "к" (у частині розслідування групових інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій).

Передбачені також *обов'язки головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб* державної санітарно-епідеміологічної служби. Вказані працівники зобов'язані:

- застосовувати надані їм повноваження щодо запобігання, визначення, виявлення та припинення санітарних правопорушень;
- повідомляти керівників підприємств, установ і організацій про санітарні правопорушення з боку підпорядкованих їм працівників;
- вносити відповідним органам або службам пропозиції про проведення оздоровчих заходів.

У разі порушень санітарно-гігієнічних норм і правил, передбачених законодавством, визначається *дисциплінарна, адміністративна чи кримінальна* відповідальність.

Дисциплінарна відповідальність щодо осіб, які допустили порушення санітарного законодавства, може застосовуватися керівником підприємства, установи, організації за поданням головного державного санітарного лікаря чи його заступника. До дисциплінарних стягнень відносяться:

- догана;
- сувора догана;
- відсторонення від роботи;
- переведення на роботу з меншою платнею.

Кримінальна відповідальність настає у випадку санітарних правопорушень, які викликали чи могли викликати масові захворювання, отруєння та смерть людей. При цьому застосовують різні види позбавлення волі, виправні роботи без позбавлення волі, позбавлення права займати певні посади, конфіскація майна.

Адміністративна відповідальність передбачає винесення попередження чи накладення штрафу на посадових осіб і громадян, винних у порушеннях санітарного законодавства чи невиконанні постанов, розпоряджень, приписів, висновків посадових осіб органів, установ і закладів державної санепідслужби.

Перелік порушень у галузі охорони праці та здоров'я населення та охорони природи визначений Кодексом України про адміністративні правопорушення.

Визначається також *економічна відповідальність* за порушення санітарного законодавства. Крім штрафів, які накладаються на підприємства та організації при порушеннях санітарного законодавства, останні мають відшкодувати витрати ЛПЗ і санітарно-профілактичних закладів на надання медичної допомоги хворим, на проведення санітарно-протиепідемічних заходів.

З метою *припинення порушень* санітарного законодавства *головні державні санітарні лікарі* відповідно до статті 42 можуть застосовувати такі заходи:

а) обмеження, тимчасова заборона чи припинення діяльності підприємств, установ, організацій, об'єктів будь-якого призначення, технологічних ліній, машин і механізмів, виконання окремих технологічних операцій, користування плаваючими засобами, рухомих складом і літаками в разі невідповідності їх вимогам санітарних норм;

б) обмеження, тимчасова заборона чи припинення будівництва, реконструкції та розширення об'єктів за проектами, що не мають позитивного висновку за результатами державної санітарно-гігієнічної експертизи та в разі відступу від затвердженого проекту;

в) тимчасова заборона виробництва, заборона використання та реалізації хімічних речовин, продуктів харчування, технологічного устаткування, будівельних матеріалів, біологічних засобів, товарів народного споживання, джерел іонізуючих випромінювань у разі відсутності їх гігієнічної регламентації та державної реєстрації, а також якщо вони визнані шкідливими для здоров'я людей;

г) обмеження, зупинення чи заборона викидів (скидів) забруднюючих речовин за умови порушення санітарних норм;

д) зупинення чи припинення інвестиційної діяльності у випадках, установлених законодавством;

е) внесення власникам підприємств, установ, організацій або уповноваженим ними органам подання про відсторонення від роботи чи іншої діяльності осіб, зазначених у пункті п'ятому статті 7 цього Закону;

є) вилучення з реалізації (конфіскація) небезпечних для здоров'я продуктів харчування, хімічних і радіоактивних речовин, біологічних матеріалів у порядку, що встановлюється законодавством.

Інші посадові особи органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби можуть використовувати повноваження, застосовувати заходи для припинення порушення санітарних норм, передбачені пунктом "а" (в частині обмеження, тимчасової заборони діяльності підприємств, установ, організацій, об'єктів будь-якого призначення, технологічних ліній, машин і механізмів, виконання окремих технологічних операцій, користування плаваючими засобами, рухомих складом і літаками в разі невідповідності їх вимогам санітарних норм), пунктами "в", "г", "е", "є" цієї статті.

За вимогою посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби виконання заходів для припинення порушень санітарного законодавства в необхідних випадках здійснюється із залученням працівників органів внутрішніх справ.

При здійсненні санепіднагляду органи та заклади санепідслужби складають *документи дозвільного та розпорядчого характеру*, а також документи *адміністративного примусу*. Вони є адміністративно-правовими чи індивідуальними актами управління (мал. 12).

Адміністративно-правові акти

дозвільні

(висновок державної санітарно-гігієнічної експертизи, дозвіл, погодження);

адміністративного примусу

(постанови про накладання штрафів, припинення діяльності підприємств, установ, організацій чи будівництва, вилучення з реалізації небезпечних для здоров'я продуктів харчування тощо)

розпорядчі без елементів примусу

(акт санітарного обстеження, плани-завдання та ін.)

юрисдикційні

(подання органам виконавчої влади, місцевого самоврядування, до прокуратури)

Мал. 12. Види адміністративно-правових актів.

Ознайомлення з матеріалами 42 статті Закону про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя призводить до висновку, що для припинення порушень санітарного законодавства застосовують різні адміністративно-запобіжні заходи:

- обмеження;
- тимчасова заборона;
- заборона;
- припинення;
- зупинення.

Порядок застосування державною санепідслужбою України адміністративно-запобіжних заходів визначений відповідною інструкцією (наказ МОЗ України № 67 від 14.04.95 р., який зареєстровано в Міністерстві Юстиції України).

Передбачені законодавством заходи проводяться на підставі винесення відповідних постанов.

Постанова зобов'язує посадову особу чи громадянина, котрому її надіслано, виконати в установлений термін вимоги, викладені в цьому документі. В постанові обов'язково вказуються:

- обставини, внаслідок яких виноситься постанова;
- нормативний акт, який передбачає винесення постанови;
- конкретна дія, яку особа повинна здійснити чи від якої повинна утримуватися;
- термін виконання постанови;
- порядок оскарження;
- попередження про відповідальність за невиконання постанови.

Постанова складається в трьох примірниках за встановленою формою. Її вручають під розписку громадянину чи посадовій особі. У випадку їх відмови від підпису робиться відповідний запис. Інформація про це надсилається в тридобовий термін місцевим органам виконавчої влади. Один примірник постанови зберігається в справах посадової особи, яка її винесла.

Виконання постанови може бути забезпечено шляхом *опечатування* чи *опломбуванням* джерел енергії, сировини, приміщень, агрегатів, механізмів, засобів транспортування тощо. Про цю дію сповіщають власника (керівника) об'єкта. Адміністрації об'єкта пропонується припинити чи зупинити відповідні технологічні процеси, при необхідності вивести людей з приміщень. Після накладення пломби (печатки) складається відповідний акт в двох примірниках, один з яких передається на об'єкт, а другий залишається в посадової особи держсанепідслужби.

Крім обмеження, заборони чи припинення дії об'єкта (технологічного процесу), передбачено *вилучення з реалізації (конфіскація)* небезпечних для здоров'я продуктів харчування, хімічних і радіоактивних речовин, біологічних матеріалів.

Порядок здійснення цього заходу регламентується відповідною інструкцією (Наказ МОЗ України № 68 від 14.04.95 р.), узгодженою з Верховним судом України, Міністерством фінансів і Міністерством охорони навколишнього середовища України.

Постанова про вилучення з реалізації (конфіскацію) зобов'язує посадову особу, громадянина в установлений термін знищити або направити на переробку чи здати на зберігання предмети, небезпечні для здоров'я.

Підставою для її складання можуть бути акти, доповідні записки, протоколи лабораторно-інструментальних досліджень, результати державної санітарно-гігієнічної експертизи.

Постанову складають у двох примірниках за встановленою формою. В ній вказують:

- опис предметів, що підлягають вилученню (конфіскації);
- обставини, внаслідок яких предмети підлягають вилученню (конфіскації);
- нормативний акт, який передбачає правочинність винесення постанови;

• конкретну дію (засіб переробки, знищення, місце зберігання тощо), яку треба здійснити, та при необхідності вимоги щодо обов'язкової присутності при виконанні постанови представника держсанепідслужби;

- термін виконання постанови;
- порядок оскарження;
- нормативний акт, який передбачає відповідальність за невиконання постанови (визначається, виходячи з небезпеки для здоров'я предметів, що підлягають вилученню (конфіскації), та з урахуванням умов реальної можливості її виконання).

Копію постанови вручають під розписку посадовій особі чи громадянину, які відповідають за її виконання. Постанова зберігається в справах посадової особи, яка її винесла.

Вилучені предмети здаються власником на переробку (обробку) з метою наступної реалізації або безоплатно передаються для певних потреб, що не створюють небезпеки для здоров'я людини, чи передаються на тимчасове зберігання до вирішення питання про спосіб виконання постанови.

Суми, отримані від реалізації вилучених предметів, залишаються попередньому власнику.

Квитанції про здачу (передачу) предметів, що підлягають вилученню, подаються особою, відповідальною за виконання постановою, посадовій особі, яка винесла постанову.

Предмети, стосовно яких винесено постанову про конфіскацію, підлягають знищенню термічним, хімічним, механічним чи іншим шляхом.

Знищення повинно виконуватися з дотриманням вимог техніки безпеки, санітарного законодавства України та законодавства України про охорону навколишнього природного середовища.

Про фактичне знищення предмета складається акт у двох примірниках, один з яких надається для контролю посадовій особі, що винесла постанову.

Присутність представника держсанепідслужби при знищенні предметів є обов'язковою.

Постанова про застосування адміністративно-запобіжних заходів у місячний термін може бути *оскаржена*:

- головного державного санітарного лікаря України - до Кабінету Міністрів України чи до суду;
- головних державних санітарних лікарів інших Міністерств, відомств - головному державному санітарному лікарю України чи суду;
- інших головних державних санітарних лікарів і посадових осіб держсанепідслужби - вищому головному державному санітарному лікарю чи суду.

Оскарження постанови не припиняє її дії.

Одним із видів адміністративної відповідальності за порушення санітарного законодавства є *накладання штрафів*.

У разі встановлення такого порушення або невиконання розпоряджень посадових осіб державної санепідслужби відповідно до статті 46 Законом

України про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя може бути накладено штраф у таких розмірах:

- на посадових осіб - від шести до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
- на громадян - від однієї до двадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Підприємства, підприємці, установи, організації, які порушили санітарне законодавство, несуть таку *відповідальність*:

а) за передачу замовникові або у виробництво та застосування конструкторської, технологічної та проектної документації, що не відповідає вимогам санітарних норм, розробник цієї документації сплачує штраф у розмірі 25 відсотків вартості розробки;

б) за реалізацію продукції, забороненої посадовими особами органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, підприємство, підприємець, установа, організація сплачує штраф у розмірі 100 відсотків вартості реалізованої продукції;

в) за випуск, реалізацію продукції, яка внаслідок порушення вимог стандартів, санітарних норм є небезпечною для життя та здоров'я людей, підприємство, підприємець, установа, організація сплачує штраф у розмірі 100 відсотків випущеної або реалізованої продукції;

г) за реалізацію на території України імпортової продукції, яка не відповідає вимогам стандартів щодо безпеки для життя та здоров'я людей, санітарних норм, що діють в Україні, підприємство, підприємець, установа, організація сплачує штраф у розмірі 100 відсотків вартості реалізованої продукції;

д) за ухилення від пред'явлення посадовим особам державної санітарно-епідеміологічної служби продукції, яка підлягає контролю, підприємство, підприємець, установа, організація сплачує штраф у розмірі 25 відсотків вартості продукції.

Вартість документації та продукції, розроблених, виготовлених і реалізованих (переданих) з порушенням вимог, передбачених пунктами цієї статті, обчислюється за цінами реалізації.

Суми штрафів у розмірі 60 відсотків зараховуються до місцевого бюджету та 30 відсотків - до позабюджетних фондів для забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, 10 відсотків відраховують відповідним установам і закладам державної санітарно-епідеміологічної служби.

При необхідності *накладання штрафу* здійснюється ряд заходів, тобто:

- констатація факту порушення діючих норм і правил або невиконання розпоряджень санітарних лікарів або лікарів-епідеміологів щодо проведення санітарно-протиепідемічних заходів;
- виявлення осіб, що несуть відповідальність за ці дії, та встановлення їх провини в даному випадку;
- порушення справи про санітарне правопорушення;
- розгляд справи.

Порушення справи починається зі складання *протоколу про порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил*. Підставою для цього можуть бути акти санітарного обстеження, доповідні записки, протоколи лабораторно-інструментальних досліджень.

Протокол складають посадові особи, які здійснюють державний санепіднагляд. У протоколі зазначають:

- суть адміністративного правопорушення;
- нормативний акт, що передбачає відповідальність за дане правопорушення;
- пояснення особи, яка здійснила це порушення.

Протокол повинні підписати особа, що його склала, і та, яка відповідає за дане порушення. У разі відмови від підпису в ньому робиться відповідна позначка.

Протокол складається не пізніше 5 днів після встановлення факту порушення.

На його підставі виноситься *постанова про накладання штрафу*. Її можна прийняти в термін не пізніше двох місяців після встановлення факту порушення відповідних правил.

При винесенні постанови, згідно з Кодексом про адміністративні правопорушення, враховується його характер, особа порушника, ступінь його вини, майновий стан і обставини, які пом'якшують або ускладнюють відповідальність.

До *пом'якшуючих обставин* відносяться:

- запобігання винним шкоди;
- неповнолітній вік;
- вагітність;
- добровільне відшкодування шкоди чи її усунення.

Ускладнюють відповідальність:

- продовження протиправної поведінки;
- повторне протягом року здійснення однотипного правопорушення;
- групове правопорушення;
- здійснення правопорушення в умовах стихійного лиха чи інших надзвичайних обставин.

Постанову про накладання штрафу за порушення, передбачені статтею 46 закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", можуть видавати головні державні санітарні лікарі та їх заступники, а в деяких випадках - інші посадові особи (при невиконанні їх розпоряджень).

Вона складається в трьох примірниках; один зберігається у посадових осіб, що винесли цю постанову, другий вручається особі, на яку накладено штраф (не пізніше трьох діб з моменту винесення постанови). Один примірник надсилається державній податковій інспекції за місцезнаходженням підприємства, підприємця, організації (для контролю за надходженням штрафу).

Якщо штраф не сплачений протягом 15 діб з дня видання постанови, його стягує в безспірному порядку державна податкова інспекція.

Постанова в 10-денний термін з дня її винесення може бути оскаржена вищою посадовою особою чи в суді. При поданні скарги виконання постанови призупиняється до моменту її розгляду чи протесту прокурора.

Сплата штрафів не звільняє порушників від економічної відповідальності. Згідно зі статтею 48 згаданого закону підприємства, установи, організації підприємці та громадяни зобов'язані: а) відшкодувати збитки громадянам, підприємствам, установам, організаціям, б) компенсувати додаткові витрати органів та закладів охорони здоров'я на проведення санітарних, протиепідемічних заходів і витрати на надання медичної допомоги потерпілим.

Численні відповідальні та багатопланові завдання, які мають виконувати органи та заклади санепідслужби, обумовлюють необхідність *планування* не тільки власної роботи. Виникає потреба розробки санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів для різних служб, відомств, підприємств, організацій.

У зв'язку з цим потрібно складати плани-завдання для певних об'єктів з метою забезпечення такої їх діяльності, яка б не створювала небезпеки для здоров'я населення.

Необхідно також координувати зусилля закладів санепідслужби та лікувально-профілактичних закладів, інших служб і відомств.

Усі ці чинники обумовлюють потребу складання різних планів.

За *обсягом та спрямованістю* розрізняють такі *вида планів*:

- плани по санепідслужбі;
- комплексні плани санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- плани-завдання для окремих значущих об'єктів.

За часом виконання плани можуть бути поточні та перспективні, за принципами розробки — функціонально-галузеві та проблемно-тематичні.

При *плануванні власної роботи* частіше застосовують функціонально-галузевий підхід. Наприклад, плануючи роботу певної СЕС на рік, розробляють конкретні заходи з кожного підрозділу, з деталізацією строків виконання.

На основі плану роботи СЕС складають оперативні (поквартальні, щомісячні) плани підрозділів, індивідуальні плани-графіки роботи співробітників.

Плани-завдання розробляють для окремих об'єктів у випадку, коли потрібно передбачити проведення санітарно-технічних заходів, які вимагають певних асигнувань. При їх складанні доцільно визначати термін виконання конкретних заходів, виходячи з реальності їх здійснення. Проте, при визначенні термінів треба враховувати також значущість запланованих заходів щодо впливу їх на навколишнє середовище, на стан здоров'я працюючих на тому чи іншому об'єкті, на населення.

Комплексні плани складаються як проблемно-тематичні, оскільки в їх виконанні мають брати участь заклади санепідслужби, лікувально-профілактичні заклади, підприємства різних галузей тощо. Наприклад, у комплексному плані із зниження та профілактики кишкових інфекцій, треба передбачити заходи, які мають виконувати не тільки заклади охорони здоров'я, але й об'єкти водопостачання, санітарної очистки, заклади громадського харчування тощо. Комплексні плани затверджує керівник місцевого органу охорони здоров'я чи відповідний орган виконавчої влади.

Проблемно-тематичний принцип може застосовуватися і при плануванні власної роботи СЕС.

Планування вимагає дотримання певних вимог, а саме актуальності, визначення головних завдань, конкретності і чіткості формулювань із вказівкою відповідальних за виконання та термінів здійснення заходів.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Що є основною функцією держави в охороні здоров'я?
2. Який міжнародний документ визначає основні цілі і задачі розвитку охорони здоров'я в Європейському регіоні? Які задачі безпосередньо стосуються збереження, покращання здоров'я та запобігання захворюванням?
3. Перелічіть принципи організації санітарно-епідеміологічної служби.
4. Охарактеризуйте основні напрямки діяльності та функції санепідслужби.
5. Охарактеризуйте роль санітарно-профілактичних і лікувально-профілактичних закладів у здійсненні первинної профілактики.
6. Перелічіть основні законодавчі документи, які регламентують здійснення санітарно-протиепідемічних заходів.
7. Розкрийте сутність закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".
8. Визначте зміст поняття "санітарне та епідемічне благополуччя" та перелічіть передумови щодо його забезпечення.
9. Перелічіть органи та заклади санепідслужби України.
10. Охарактеризуйте види санепідстанцій системи МОЗ України та їх розподіл за рівнями управління.
11. Перелічіть структурні підрозділи санепідстанцій: обласної, міської, сільського району.
12. Визначте підходи до формування штатів працівників СЕС і дезстанцій.
13. Охарактеризуйте сутність розділів діяльності органів і закладів санепідслужби.
14. У чому полягає сутність запобіжного та поточного санепіднагляду?
15. Перелічіть методи роботи лікарів-гігієністів і епідеміологів. Розкрийте їх сутність.
16. Охарактеризуйте обов'язки СЕС і ЛПЗ щодо здійснення протиепідемічних заходів.
17. Перелічіть обов'язки підприємств, установ, організацій та громадян щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, розкрийте їх сутність.
18. У чому полягають права підприємств, установ, організацій та громадян стосовно забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя?
19. Розкрийте сутність повноважень головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб органів, установ і закладів державної санепідслужби щодо здійснення державного санепіднагляду.
20. Перелічіть види відповідальності посадових осіб і громадян за порушення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил.
21. Перелічіть заходи, які можуть застосовувати посадові особи державної санепідслужби для припинення порушень санітарного законодавства.
22. Перелічіть види та розкрийте зміст адміністративно-правових актів, які складають посадові особи державної санепідслужби, з метою припинення порушень санітарного законодавства.
23. Охарактеризуйте порядок дій працівників санепідслужби при застосуванні заходів адміністративного примусу.
24. Перелічіть види планів, які складають працівники закладів санепідслужби, розкрийте їх сутність.

Розділ 13. НАУКОВІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ

13.1. Управління системою охорони здоров'я

Управління, як вид людської діяльності, існує з давніх давен. Однак за своїми формами як у державному масштабі, так і на галузевому рівні воно не може бути встановленим раз і назавжди. Управління - це досить чутливий інструмент, який залежить від цілого ряду зовнішніх чинників, зокрема, державного устрою, типу власності, зрілості ринку та ін., кожен з яких вимагає наявності відповідної системи управління, обумовленої новою метою і завданнями по її досягненню. Проголошений в 1994 р. в незалежній Україні курс на перехід до соціально орієнтованої ринкової (змішаної) економіки потребує зламу адміністративно-командної системи управління і переходу всіх галузей національного господарства, в тому числі і системи охорони здоров'я, на засади наукового управління, використання придатних для України універсальних положень світового менеджменту.

Управління охороною здоров'я - це складова частина соціальної медицини і організації охорони здоров'я, оскільки "організація" являє собою одну з функцій "управління", як поняття.

Актуальність оволодіння майбутніми лікарями науковими основами управління обумовлена тим, що їм доведеться працювати в умовах ринкових відносин, а ринок з його непевністю і конкурентністю вимагає від кожного спеціаліста вміння прийняття науково обгрунтованих управлінських рішень перш за все в межах своєї професійної діяльності. Формування для системи охорони здоров'я не лише лікаря, а і управлінця якісно нового типу - професійного менеджера, потребує відповідного розуміння витоків управління як такого, його критичної оцінки, знань з історії становлення та розвитку галузевої вітчизняної системи, знайомства з еволюцією світового менеджменту і використання його придатного для України досвіду.

13.2. Управління медичною справою (медико-санітарною допомогою, охороною здоров'я) в Україні (друга половина XVII-кінець XX ст.)

Становлення процесу управління медичною справою в Україні нерозривно пов'язане з особливостями її історичного розвитку у складі Московської держави (на правах автономії в 1654 р. після Визвольної війни українського народу 1648-1654рр. і Австро-Угорської імперії, до якої в 1772 р. відійшли історичні українські землі Галичини і Буковини. Вказане протягом віків позначилось на політичному, економічному та суспільному житті України, в тому числі на медичній справі та управлінні нею.

Початок XVIII ст. в Росії ознаменувався створенням нового апарату державного управління та формуванням його бюрократичної системи. Централізованим органом управління медичною справою (суб'єктом управління) стала Медична канцелярія (1707), згодом перетворена у Медичну колегію (1721), якій, як об'єкти управління, безпосередньо підпорядковувались всі лікарі, лікарні, госпіталі, учбові заклади (госпітальні школи) і аптеки.

Нову форму державного управління - адміністративно-територіальну - започаткував розподіл Російської держави на губернії (1755). Його результатом стало заснування (і то лише у містах) перших державних органів управління медичною справою - Приказів громадської опіки, яким підпорядковувались міські лікарні для цивільних, аптеки, богодільні, притулки для сиріт і психічно хворих, тобто заклади по наданню допомоги обмеженим верствам населення. Однак вже через 10 років загальне управління приказною медициною покладалось на обер-поліцмейстера, що позбавляло лікарів будь-яких адміністративних прав. З того часу нагляд поліції за медичною справою в тій чи іншій мірі зберігався до 1917 р.

Кінець XVIII ст. ознаменувався певною децентралізацією управління медичною справою - створенням на місцях губернських лікарських управ (1797), яким Медична колегія делегувала функції безпосереднього оперативного управління медичною частиною (цивільною і військовою) в межах губернії. Вказане поклало початок новому в Росії і Україні адміністративно-відомчому принципу управління медичною справою, яка підпорядковувалась як Медичній колегії, так і губернатору, вперше дозволило ввести посади лікарів (інспектора-керівника управи, оператора-хірурга і акушера) до складу губернського адміністративного апарату, заклало підвалини становлення системи управління медичною справою на регіональному рівні. Однак у Волинській, Київській і Подільській губерніях поряд з лікарськими управами до 1911 р. існували і Прикази громадської опіки, що призводило до двовладдя в управлінні медичною справою і свідчило про відсутність єдиної його системи.

Реформа управління медичною справою кінця XVIII ст. призвела і до реорганізації самої Медичної колегії, яка у своєму безпосередньому підпорядкуванні залишила лише заклади загальноросійського державного значення: госпітальні школи, провідні госпіталі, стаціонарні аптеки. Проте, така форма управління тривала короткий час.

Початок XIX ст. ознаменувався проведенням в Росії державної реформи центральних органів управління: скасуванням колегій і введенням в 1802 р. нової, на європейський зразок, форми державного галузевого управління - міністерств. Однак, ліквідувавши в кінці 1804 р. Медичну колегію, уряд не створив відповідного міністерства, а управління медичною справою передав одному з підрозділів Міністерства внутрішніх справ - Експедиції державної медичної управи, що призвело до зниження його рівня управління в порівнянні з колишньою самостійною колегією.

Подальші реформи державного управління медичною справою супроводжувались її розподілом на цивільну та військову (1805), частковою децентралізацією - підпорядкуванням лікарських управ безпосередньо губернаторам (1812), централізацією - реорганізацією Експедиції державної медичної управи у вищий орган управління - Медичний департамент МВС (1829), який проіснував майже століття, до 1917 р. Результатом проведених реорганізацій стало поступове набуття лікарськими управами поліцейсько-бюрократичного характеру.

Як результат земської реформи (1864), друга половина XIX ст. в Росії та Україні ознаменувалась переданням влади на місцях новим органам самоврядування - губернським і повітовим земствам, тобто надання певної автономії в управлінні при збереженні необмеженої влади правлячої верхівки.

Земства заклали в Україні основи якісно нової організації медичної допомоги - земської медицини, яка являла собою систему медико-санітарного обслуговування сільського населення на основі самоврядування.

Земська медицина потребувала формування нових органів управління медичною справою, які б відповідали її новим завданням. Їх функціональне визначення та структура будувались у відповідності з "Положенням про губернські і повітові земські заклади" (1864), в результаті чого медичні заклади опинились у подвійному підпорядкуванні: за напрямком діяльності - місцевим (губернським і повітовим) земським зібранням як вищим органам влади, а в адміністративно-господарчому відношенні - земським управам як виконавчим органам. Суттєву роль в управлінні земською медициною, особливо на початковій його стадії, відігравали повітові та губернські санітарні (медичні) ради, а також з'їзди лікарів як колективні дорадчі органи.

В умовах земства вперше з'явилися усі необхідні, з сучасної точки зору, елементи системи управління: суб'єкт (губернські і повітові земські зібрання, губернські і повітові земські управи), об'єкт (мережа лікувальних, санітарних та інших земських закладів) і блок наукового регулювання (губернські санітарно-статистичні бюро, губернські і повітові з'їзди лікарів).

Однак завершеною таку систему управління визнати не можна, оскільки земства, як органи місцевого самоврядування, існували лише на рівні губерній та повітів при відсутності у волостях, а найголовніше - не мали представництва на державному рівні. Оскільки уряд не делегував земствам свободи і самостійності, їхні управлінські рішення вимагали додаткового затвердження губернатором або міністром внутрішніх справ і могли бути легко скасованими.

Земська реформа сприяла також формування системи і міського самоуправління. Згідно "Городскому положенню" (1870) міські Думи - виборні органи громадського управління і міські управи - виконавчі органи, отримували на зразок земств порівняно широку самостійність у вирішенні місцевих питань і стосовно "народного здоров'я" зокрема.

З такою системою управління медичною справою Східна Україна прийшла до жовтневого перевороту в Росії 1917 року.

Медична справа в Західній Україні століттями підпорядковувалась законам Речі Посполитої і Австро-Угорської імперії. При цьому управління нею в Галичині послідовно пройшло шлях від фізикової (управної) форми (1772) і керівництва Львівською медичною школою ("Колегіум медикум", 1773), через запроваджені у Львові в різні роки австро-угорським урядом санітарну (медичну) комісію (1773), Медичну колегію (1776), Медичну комісію (1784) до централізованого управління відповідним департаментом Міністерства внутрішніх справ Австро-Угорщини (1870) і Крайовою радою здоров'я.

На Буковині перший орган управління медичною справою з'явився на 100 років пізніше, ніж у Галичині. Ним стала створена в 1871 р. в Чернівцях Буковинська крайова санітарна рада, яка існувала до 1919 року.

Таким чином, наведені дані свідчать про значні розбіжності як в управлінні медичною справою в Східній і Західній Україні як за часом його встановлення, так і формами органів, обумовлені особливостями устрою панівних на їх територіях держав.

Формування радянського централізованого органу управління медичною справою в Україні започатковано створенням при Тимчасовому робітничо-селянському уряді України відділу охорони здоров'я (січень, 1919), реорганізованому в лютому того ж року за прикладом РФСР у Народний комісаріат охорони здоров'я, який своїм розпорядженням від 25 лютого 1919 р. скасував старі форми лікарського управління. 19 березня 1919 р. Рада Народних комісарів України прийняла постанову "Про організацію місцевих відділів охорони здоров'я", згідно якій передбачалось створення губернських і повітових відділів охорони здоров'я місцевих рад, що завершувало організаційне формування системи управління медичною справою за відомчо-територіальним принципом: центр-губернський центр-повіт. Але при цьому без місцевого органу управління залишався район, що свідчило про відсутність на той час цілісності системи управління охороною здоров'я, зокрема, сільською.

Проведення в 1922-1925 рр. в Україні адміністративно-територіальної реформи позначилось для управління охороною здоров'я двома важливими заходами: визнанням в 1923 р. району як адміністративної одиниці, що стало переломним у цільовому формуванні системи управління сільською охороною здоров'я на рівні району, введенням при райвиконкоммах посади уповноваженого губернського відділу охорони здоров'я; прийняттям в 1925 р. нового урядового "Положення про місцеві органи Народного комісаріату охорони здоров'я", згідно якому замість губернських і повітових відділів встановлювались окружні, міські і районні відділи (інспектури) охорони здоров'я, яким передавались низові адміністративно-господарчі функції. Район на чолі з райздоровінспектором вперше ставав самостійною ланкою управління сільською охороною здоров'я.

Друга половина і кінець 20-х років ознаменувались новими підходами уряду колишнього СРСР до ведення народного господарства та управління ним - переходом на п'ятирічні плани розвитку, виконання яких у послідуєчому

досягалося виключно вольовим директивним методом управління. Цим було закладено основи адміністративно-командної системи управління, які повністю ліквідували навіть паростки управління державою з наукових позицій, що мали місце в середині 20-х років.

Адміністративно-командний стиль, як єдино визнаний, переносився на всі сфери життя. За короткий час була створена жорстка модель вертикального управління, при якій його суб'єкт будь-якого рівню являв собою безапеляційну єдино вірну інстанцію, об'єкт фактично перетворився у безправного виконавця вказівок "зверху", а блок регулювання системи - у накопичення в основному директивної інформації. Адже саме її виконання і покладалось в основу всієї системи управління, а фактично не управління, а керівництва системою, або тим чи іншим об'єктом.

Наступні адміністративно-територіальні реформи в Україні (1930, 1932) призвели до скасування в 1930 р. округів і її розподілу на області з реорганізацією окружних відділів охорони здоров'я в обласні (1932), райздоровінспектур - у райздоровідділи (1933).

Перші післявоєнні роки для управління системою охорони здоров'я України позначились реорганізацією Народного комісаріату охорони здоров'я у міністерство охорони здоров'я (1946) при збереженні на місцях довоєнної структури органів управління.

50-60-і роки характеризувались суттєвими змінами в управлінні сільською охороною здоров'я: скасуванням райздоровідділів (1957) і передачею керівництва закладами району головному лікареві районної лікарні, а також запровадженням нової форми управління в умовах укрупнених сільських районів і започаткуванням якісно нової організаційної форми - центральних районних лікарень (1962).

За своїми функціями вони перетворювались не тільки в осередок спеціалізованої медичної допомоги населенню району, але і ставали центрами оперативного і стратегічного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району, виконавцями функцій колишнього райздоровідділу. Таким чином, на чолі системи охорони здоров'я району став заклад нового типу, який поєднує у собі надання висококваліфікованої медичної допомоги з одночасним виконанням управлінських функцій, що виправдовує себе й до цього часу.

Проте загально-державна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад), залишалась адміністративно-командною. Вона здавалась логічно стрункою, монолітною і стабільною, проте на практиці мала застійний характер. Її особливості полягали у поклонінні перед верхами; мінімальному оновленні керівних кадрів; перетворенні кожного керівника зверху донизу лише у свого представника ("гвинтика"), а не правомірного управлінця в сфері своєї компетентності; делегуванні прав лише "догори"; відсутності госпрозрахунку як антиподу; боязні неслуху перед "верхами". Існування адміністративно-командної системи забезпечувалося, зокрема, згортанням демократії і гласності.

У своєму завершеному вигляді адміністративно-командна система управління - це односпрямована піраміда, якій притаманне надходження команди лише "зверху", відсутність безпосереднього зворотного зв'язку, як характерної ознаки будь-якої організованої системи, але якщо він все-таки і був, то лише опосередкований і багатоступеневий. Це та система управління з її модифікаціями останніх років періоду застою в колишньому СРСР, яка дісталась незалежній Україні і стала однією з причин кризи в охороні здоров'я, і яку потрібно не тільки реформувати, а створити замість неї якісно нову у відповідності з вимогами ринку і досягненнями світового менеджменту.

Поняття про менеджмент

Еволюційний шлях менеджменту, як науково обгрунтованого процесу управління, нараховує більше ста років. Менеджмент і менеджер, як професіонал-управлінець, виникли в надрах ринкового середовища і капіталістичного способу виробництва. В колишньому СРСР менеджмент, як наука управління, не визнавався і трактувався як наука буржуазного управління.

Що ж таке менеджмент? За визначенням американського вченого П. Друкера (1974) він означає "...функцію... і людей, що її виконують, вказує на соціальне або посадове положення, означаючи в той же час навчальну дисципліну і галузь наукового дослідження".

А.В.Попов (1991) і Л.І. Євенко (1992) в це поняття вкладають декілька значень:

1. самостійна галузь знань, що сприяє виконанню управлінських функцій, міждисциплінарна галузь, яку точніше було б назвати "управлінською думкою";
2. вміння досягати поставленої мети, використовуючи працю, інтелект і мотиви поведінки інших людей;
3. функція, вид діяльності по управлінню людьми в найрізноманітніших організаціях або системах (в цьому випадку найбільш співзвучне нашому поняттю "управління");
4. визначення соціального прошарку людей, які виконують управлінську роботу.

Виходячи з теоретичних положень науки управління, узагальнено можна сказати, що менеджмент являє собою сукупність науково обгрунтованих раціональних методів і організаційних важелів управління системою (організацією). При цьому необхідно особливо наголосити, що це не проста сукупність управлінських заходів, а їх взаємопов'язана і взаємообумовлена система, яка лише в такому вигляді і при такій умові спроможна досягти найкращих результатів.

Менеджмент, як управлінська думка, є складовою частиною управлінської діяльності, що реалізує теорію і практику ефективного управління колективами. Він не дає уніфікованих рецептів, а охоплює методи і техніку управління системами, спрямованими на досягнення поставленої мети за умов оптимального використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів. Його завдання

полягає у раціональній організації роботи організованих систем, до яких відносяться є і охорона здоров'я, з метою отримання максимальних кінцевих результатів.

Основоположником наукового менеджменту, засновником "класичної школи управління", "школи наукового менеджменту" є американський інженер Ф. Тейлор (1856-1915), який на початку ХХ ст. першим висловив думку, що управління підприємством (організацією) повинно стати системою, заснованою на відповідних наукових принципах. Розроблені ним методи раціональної (наукової) організації праці було покладено в основу формулювання провідних принципів наукового менеджменту, покликаних замінити авторитарні методи управління більш раціональними підходами. Ця точка зору Ф. Тейлора набуває особливої актуальності в наші дні, коли мова йде про формування власного національного українського менеджменту, зокрема в охороні здоров'я.

До визначних представників "класичної школи" відносяться, зокрема, французький інженер А. Файоль (1841-1925), фундатор наукового обґрунтування так званої "адміністративної (управлінської) доктрини", згідно якій основна причина низької ефективності діяльності будь-якої організації (системи) полягає у недосконалості управління нею, автор виділення основних функцій управління (передбачення, організація, розпорядництво, погодження, контроль); американець Г. Емерсон (1853-1931), який першим вказав на необхідність і доцільність комплексного підходу до організації підприємства (системи) і ввів поняття "ефективність" - максимально вигідне співвідношення між витратами і отриманими результатами, а також німецький соціолог М. Вебер (1864-1920) - автор теорії "ідеальної бюрократичної організації управління", тобто професіоналізму у сфері управління, заснованому на особливих раціональних знаннях.

Засновником в кінці 20-х - на початку 30-х років ХХ ст. нового напрямку менеджменту, що отримав назву "доктрини людських відносин", став американський соціолог і психолог Е. Мейо (1880-1949). Основні положення його вчення зводились до того, що в будь-якій організаційній структурі (системі) слід вбачати не лише машини, чому видавав перевагу Ф.Тейлор, а саму людину. Тобто, менеджмент - це перш за все процес управління людьми, створення мотивації до їх ефективної праці. Саме в надрах цієї школи і зародився той напрямок, який пізніше отримав назву "психологічних аспектів управління".

Третій напрямок в теорії управління пов'язаний з її "емпіричною" школою, представниками якої були в першу чергу президенти провідних компаній, відомі менеджери-практики та інші особи, зайняті безпосередньо практикою управління. Вона започаткувала зародження інформаційного забезпечення процесу управління, професіоналізації самого управління, тобто перетворення управлінської діяльності у самостійну специфічну працю - особливу професію, розробку питань централізації і децентралізації в управлінні, делегування повноважень і відповідальності тощо.

Виникнення в західному менеджменті нового напрямку - "теорії соціальних систем", початок якому в кінці 30-х років поклали дослідження професора Гарвардського університету Г.Бернарда, пов'язане з відсутністю на той час комплексного дослідження проблем організації управління. Представники "системного напрямку" розглядають будь-яку організацію (систему), як якусь цілісність, елементам якої властиве органічне поєднання, а управління - як складну ієрархічну систему, покликану швидко реагувати на зміни зовнішніх і внутрішніх параметрів. Останні для нас є надзвичайно актуальним, оскільки стверджує необхідність реформи системи управління в державі взагалі і в охороні здоров'я зокрема.

На рубежі 70-х років широку популярність у менеджменті здобули ідеї "ситуаційного підходу" або "управління за ситуацією", що надто важливо в ринкових умовах. В 90-і роки в його практиці з'явилися нові тенденції, зокрема, інтернаціоналізація і виділення в окрему науку.

Головними характерними особливостями сучасної світової науки управління (менеджменту) є:

- прагнення до заміни традиційних методів управління новими з використанням теорії систем і системного підходу;
- розробка і оптимізація на науковій основі управлінських рішень (системний аналіз, моделювання і т.і.);
- перехід організаційних проблем управління від побудови управлінських структур, що базуються на виділенні його функцій, до створення програмно-цільових структур, заснованих на їх інтеграції для досягнення мети;
- насичення виробництва на всіх рівнях інформаційною і обчислювальною технікою для вирішення широкого кола управлінських та інших завдань.

Одна з фундаментальних тез менеджменту наголошує на тому, що він як загальна функція стикається зі схожими проблемами в кожній системі, оскільки основні принципи науки управління придатні до будь-якого підприємства або галузі господарства, в якому б національному чи політичному середовищі вони не знаходились. Звідси і одна з особливостей менеджменту - універсальність і інтернаціональний характер.

Існуючі в минулому погляди щодо доцільності постановки питання про менеджмент і менеджерів в системах, які не мають безпосереднього відношення до бізнесу, в останні роки в світовій практиці переглянуті. Більшість теоретиків вважає, що для досягнення мети і максимальної ефективності при мінімальних витратах будь-які організовані структури повинні використовувати загальні принципи і методи менеджменту.

Досвід управління національними медичними службами економічно розвинених країн свідчить, що вказане повною мірою стосується і охорони здоров'я, менеджмент якої повинен стати невід'ємною складовою частиною формування в Україні національного менеджменту. Формування останнього обумовлюється кардинальними змінами в нашій державі, найважливішою серед яких є перехід від адміністративно-командних стосунків до ринкових відносин.

Загалом же сучасна теорія менеджменту являє собою групу напрямків по вивченню проблеми управління з різних позицій, відтворює переломний характер еволюції управління, що потребує від майбутнього лікаря відповідних знань, зокрема, в галузі теоретичних основ і системного підходу в управлінні галуззю охорони здоров'я як системою.

13.3. Теоретичні основи науки управління

Управління взагалі і самоуправління зокрема слід розглядати як соціальну функцію. Основою науки управління є сукупність дисциплін (*філософія, соціологія, економіка, правознавство, психологія, кібернетика та ін.*), що вивчають і забезпечують її практику управління і базуються на позиціях теоретичних управлінських підходів.

Теорія управління вивчає закономірності формування, побудови, функціонування, розвитку різних його систем, перспективність застосування методів, а також організаційні принципи структур.

Підвищення рівня управління пов'язано з необхідністю подальшого розвитку науки, дослідження її теоретичних та організаційних основ.

Наука управління - це види діяльності, організаційно-технологічні і технічні заходи керівництва окремими виробничими системами і колективами, спрямовані на досягнення максимально повного ефекту при мінімальних витратах часу, людської праці й енергії, в основу яких покладено вивчення та використання законів і принципів, залежності між причинами та наслідками.

Отже, управління варто розглядати як наукову дисципліну, що має *предмет, теорію, закони, принципи, функції і методи*, використання яких дозволяє конкретизувати і доповнювати її *ціль, задачу та зміст*.

Предмет науки - це організація систем і їх складових частин, обґрунтування схем-моделей і процесу управління, тобто визначення сутності та сфери її застосування.

Теорія досліджує і визначає закономірності перебігу процесів і явищ в даній галузі.

Управлінська діяльність здійснюється за відповідними *законами* науки управління - ними є *виділені теорією найбільш істотні, першорядні за своїм значенням залежності та зв'язки*.

Управління ґрунтується на комплексному підході їх застосування, а саме:

1. *Головного економічного закону.*
2. *Розподілу праці.*
3. *Інтеграції трудового процесу.*
4. *Неухильного росту продуктивності праці.*
5. *Єдності управління будь-яким об'єктом.*
6. *Співвідносності керуючої і керованої системи.*

Виникнення в західному менеджменті нового напрямку - "теорії соціальних систем", початок якому в кінці 30-х років поклали дослідження професора Гарвардського університету Г.Бернарда, пов'язане з відсутністю на той час комплексного дослідження проблем організації управління. Представники "системного напрямку" розглядають будь-яку організацію (систему), як якусь цілісність, елементом якої властиве органічне поєднання, а управління - як складну ієрархічну систему, покликану швидко реагувати на зміни зовнішніх і внутрішніх параметрів. Останні для нас є надзвичайно актуальним, оскільки стверджує необхідність реформи системи управління в державі взагалі і в охороні здоров'я зокрема.

На рубежі 70-х років широку популярність у менеджменті здобули ідеї "ситуаційного підходу" або "управління за ситуацією", що надто важливо в ринкових умовах. В 90-і роки в його практиці з'явилися нові тенденції, зокрема, інтернаціоналізація і виділення в окрему науку.

Головними характерними особливостями сучасної світової науки управління (менеджменту) є:

- прагнення до заміни традиційних методів управління новими з використанням теорії систем і системного підходу;
- розробка і оптимізація на науковій основі управлінських рішень (системний аналіз, моделювання і т.і.);
- перехід організаційних проблем управління від побудови управлінських структур, що базуються на виділенні його функцій, до створення програмно-цільових структур, заснованих на їх інтеграції для досягнення мети;
- насичення виробництва на всіх рівнях інформаційною і обчислювальною технікою для вирішення широкого кола управлінських та інших завдань.

Одна з фундаментальних тез менеджменту наголошує на тому, що він як загальна функція стикається зі схожими проблемами в кожній системі, оскільки основні принципи науки управління придатні до будь-якого підприємства або галузі господарства, в якому б національному чи політичному середовищі вони не знаходились. Звідси і одна з особливостей менеджменту - універсальність і інтернаціональний характер.

Існуючі в минулому погляди щодо доцільності постановки питання про менеджмент і менеджерів в системах, які не мають безпосереднього відношення до бізнесу, в останні роки в світовій практиці переглянуті. Більшість теоретиків вважає, що для досягнення мети і максимальної ефективності при мінімальних витратах будь-які організовані структури повинні використовувати загальні принципи і методи менеджменту.

Досвід управління національними медичними службами економічно розвинутих країн свідчить, що вказане повною мірою стосується і охорони здоров'я, менеджмент якої повинен стати невід'ємною складовою частиною формування в Україні національного менеджменту. Формування останнього обумовлюється кардинальними змінами в нашій державі, найважливішою серед яких є перехід від адміністративно-командних стосунків до ринкових відносин.

7. *Зворотного зв'язку.*
8. *Єдності дії всіх законів управління.*
9. *Скорочення шаблів управління.*
10. *Гармонійності структури і функції.*
11. *Зміни функції управління.*
12. *Інерції й опірності в людських взаємовідносинах.*
13. *Поширеного контролю та інших.*

Ефективність управлінської діяльності залежить і від ступеня активного використання *принципів та методів науки управління.*

Принципи управління - це *головні, вихідні положення теорії, вчення, науки, до яких відносяться: об'єктивність і конкретність, науковість, системність, комплексність, плановість, оптимальність і ефективність, конкретність головної ланки, раціональне поєднання централізму і демократизму, єдиного керівництва і колегіальності, стимулювання праці, галузевого і територіального управління, постійного удосконалення форм і методів, урахування і контролю та ін.*

Метод покликаний виробити систему різноманітних засобів і прийомів вивчення та узагальнення дійсних явищ в даній галузі знань, дати теоретично обґрунтований опис наукової і практичної діяльності людей у виробничій сфері її діяльності. До *головних методів науки управління* відносяться:

1. *Історичний метод.*
2. *Логічний метод.*
3. *Багаторівневий підхід.*
4. *Народно-господарський підхід.*
5. *Комплексний підхід.*
6. *Системний підхід.*
7. *Науковий експеримент та ін.*

Управління з позицій менеджменту притаманне і системі охорони здоров'я, тому остання повинна відповідати загальним ознакам, до яких відносяться: наявність системи та її керуючої і керованої структур; динамічний характер та підсилююча здатність; зв'язок елементів; наявність інформації; цілеспрямованість управління і т.д.

Складність управління системою охорони здоров'я обумовлюється тим, що:

- процес відбувається в рамках складної організаційної моделі;
- впливає на складні об'єкти, які в свою чергу характеризуються різноманітними явищами;
- складається з численних функціональних операцій і процедур, що виконуються структурними підрозділами з складними управлінськими взаємовідносинами.

Крім того, процес управління системою охорони здоров'я обумовлений і зовнішніми чинниками:

- ускладненням завдань, покладених на неї;
- прогресуючим процесом спеціалізації і диференціації медичних знань та функцій, що вимагають їхньої інтеграції;
- необхідністю знань комплексних дисциплін, що інтенсивно розвиваються (теорії соціальної медицини, медичної статистики, економіки, планування та ін.);

- змінами в структурі захворюваності населення, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб;
- наростанням потужності закладів охорони здоров'я і ускладненням процесів керування ними та ін.

Чинники, що сприяють ефективному управлінню охороною здоров'я:

- удосконалення підбору керівних кадрів;
- наукове удосконалення стилю роботи керівників;
- комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління);
- удосконалення функції та структури апарату управління;
- наукова організація праці в керуючій та керованій підсистемах;
- забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я загалом і закладом зокрема.

Комплексне удосконалення процесів управління в свою чергу залежить від:

- кваліфікації та компетентності керівника;
- наявності інформації, як знаряддя праці (її якості, інтенсивності надходження, системності, своєчасності, ймовірності тощо);
- володіння загальною технологією процесу управління кожною фазою.

13.4. Комплексний підхід щодо удосконалення управління

Першопричиною появи управлінської діяльності, управлінських взаємовідносин стала праця і трудова діяльність. Саме праця, як і будь-який її процес, іманентно містить елементи управління, але лише на визначеному щаблі розвитку (наприклад, при колективній праці) воно виділяється в самостійну функцію, зокрема, суспільної праці. Так, працюючи з лопатою на присадибній ділянці, людина управляє лопатою і собою. Це індивідуальна праця, управління індивідуальною діяльністю з порівнянням власних фізичних, психічних, емоційних, біологічних, соціально-суспільних і інших можливостей.

Головну роль у розумінні *суті, особливостей і специфіки* відіграє не стільки аналіз управління індивідуальною діяльністю, *скільки управління спільною діяльністю людей*. Розвиток свідомості людини призвів до розуміння того, що завдяки спільній діяльності можна досягти вагомих результатів, порівняно з індивідуальною діяльністю. Але спільна діяльність ускладнює процеси узгодження, оскільки вступає в дію розмаїтість потреб і інтересів, натур і характерів, цінностей і установлень.

Отже, *управління* виникло і розвивалось, насамперед, як потреба узгодження дій для одержання заданого результату діяльності людини, колективів, а згодом - організацій, відомств, держави і суспільства.

Надалі воно стає видом фахової діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання специфічних функцій (див. розділ 13.7). Для успішного виконання *управлінської праці* необхідні фахова освіта, відповідна підготовка, оволодіння

- змінами в структурі захворюваності населення, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб;
- наростанням потужності закладів охорони здоров'я і ускладненням процесів керування ними та ін.

Чинники, що сприяють ефективному управлінню охороною здоров'я:

- удосконалення підбору керівних кадрів;
- наукове удосконалення стилю роботи керівників;
- комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління);
- удосконалення функції та структури апарату управління;
- наукова організація праці в керуючій та керованій підсистемах;
- забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я загалом і закладом зокрема.

Комплексне удосконалення процесів управління в свою чергу залежить від:

- кваліфікації та компетентності керівника;
- наявності інформації, як знаряддя праці (її якості, інтенсивності надходження, системності, своєчасності, ймовірності тощо);
- володіння загальною технологією процесу управління кожною фазою.

13.4. Комплексний підхід щодо удосконалення управління

Першопричиною появи управлінської діяльності, управлінських взаємовідносин стала праця і трудова діяльність. Саме праця, як і будь-який її процес, іманентно містить елементи управління, але лише на визначеному щаблі розвитку (наприклад, при колективній праці) воно виділяється в самостійну функцію, зокрема, суспільної праці. Так, працюючи з лопатою на присадибній ділянці, людина управляє лопатою і собою. Це індивідуальна праця, управління індивідуальною діяльністю з порівнянням власних фізичних, психічних, емоційних, біологічних, соціально-суспільних і інших можливостей.

Головну роль у розумінні *суті, особливостей і специфіки* відіграє не стільки аналіз управління індивідуальною діяльністю, *скільки управління спільною діяльністю людей*. Розвиток свідомості людини призвів до розуміння того, що завдяки спільній діяльності можна досягти вагомих результатів, порівняно з індивідуальною діяльністю. Але спільна діяльність ускладнює процеси узгодження, оскільки вступає в дію розмаїтість потреб і інтересів, натур і характерів, цінностей і установлень.

Отже, *управління* виникло і розвивалось, насамперед, як потреба узгодження дій для одержання заданого результату діяльності людини, колективів, а згодом - організацій, відомств, держави і суспільства.

Надалі воно стає видом фахової діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання специфічних функцій (див. розділ 13.7). Для успішного виконання *управлінської праці* необхідні фахова освіта, відповідна підготовка, оволодіння

- змінами в структурі захворюваності населення, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб;
- наростанням потужності закладів охорони здоров'я і ускладненням процесів керування ними та ін.

Чинники, що сприяють ефективному управлінню охороною здоров'я:

- удосконалення підбору керівних кадрів;
- наукове удосконалення стилю роботи керівників;
- комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління);
- удосконалення функції та структури апарату управління;
- наукова організація праці в керуючій та керованій підсистемах;
- забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я загалом і закладом зокрема.

Комплексне удосконалення процесів управління в свою чергу залежить від:

- кваліфікації та компетентності керівника;
- наявності інформації, як знаряддя праці (її якості, інтенсивності надходження, системності, своєчасності, ймовірності тощо);
- володіння загальною технологією процесу управління кожною фазою.

13.4. Комплексний підхід щодо удосконалення управління

Першопричиною появи управлінської діяльності, управлінських взаємовідносин стала праця і трудова діяльність. Саме праця, як і будь-який її процес, іманентно містить елементи управління, але лише на визначеному щаблі розвитку (наприклад, при колективній праці) воно виділяється в самостійну функцію, зокрема, суспільної праці. Так, працюючи з лопатою на присадибній ділянці, людина управляє лопатою і собою. Це індивідуальна праця, управління індивідуальною діяльністю з порівнянням власних фізичних, психічних, емоційних, біологічних, соціально-суспільних і інших можливостей.

Головну роль у розумінні *суті, особливостей і специфіки* відіграє не стільки аналіз управління індивідуальною діяльністю, *скільки управління спільною діяльністю людей*. Розвиток свідомості людини призвів до розуміння того, що завдяки спільній діяльності можна досягти вагомих результатів, порівняно з індивідуальною діяльністю. Але спільна діяльність ускладнює процеси узгодження, оскільки вступає в дію розмаїтість потреб і інтересів, натур і характерів, цінностей і установлень.

Отже, *управління* виникло і розвивалось, насамперед, як потреба узгодження дій для одержання заданого результату діяльності людини, колективів, а згодом - організацій, відомств, держави і суспільства.

Надалі воно стає видом фахової діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання специфічних функцій (див. розділ 13.7). Для успішного виконання *управлінської праці* необхідні фахова освіта, відповідна підготовка, оволодіння

конкретними навичками та визначеними спроможностями (комунікабельність, підприємливість, організаторські здібності та ін.).

Отже, управління, управлінська діяльність, є елементом і складовою частиною виробничих стосунків, обумовлених суспільним характером праці, представляє складний і специфічний вид діяльності, неможливий для успішного виконання без відповідної підготовки, використання тільки простих схем, прийомів і правил роботи.

Чим або ким можна управляти? Управляти можна людьми, знаряддями праці і атрибутами що їх супроводжують (інформацією, фінансами, знаннями, досвідом і т.д.). Між тими, хто управляє і ким управляють, виникають певні взаємовідносини за принципом прямого і зворотного зв'язку.

Складність в управлінні будь-якими соціальними системами, медичною допомогою зокрема, визначається необхідністю:

- а) постановки цілей, формуванням задач;
- б) організації системи і її складових частин (з урахуванням первинності функцій перед структурою);
- в) прийняття управлінських рішень і забезпечення їхньої реалізації;
- г) урахування взаємовідносин і взаємодій робітників, колективів;
- д) реалізації функцій управління, які конкретизують змістовну і ділову частину праці та взаємовідносин;
- е) забезпечення комплексного підходу до роботи з персоналом і т.д.

Специфіка діяльності обумовлена також тим, що управління - це *наука, функція, процес, мистецтво.*

А в чому ж полягає *сутність* управління? Усвідомлення її потребує осмислення *парадигми - ключової ідеї, що лежить в основі побудови концепції або вихідної позиції (поняття, модель, схема) у постановці проблем, їхньому поясненні та вирішенні.*

Сучасна *парадигма* науки в основу визначення поняття "управління" і побудови його наукової концепції ставить діяльність людини і всі чинники її здійснення - мотиви, інтереси, цінності, стимули, зміст і т.п.

У літературі зустрічається багато різноманітних варіантів визначення поняття управління. Проте, абсолютна більшість дослідників єдина в тому, що споконвічною основою його є *вплив*. З огляду на це, під *управлінням* варто розуміти *організацію і реалізацію цілеспрямованих, регламентованих і адекватних управлінській ситуації впливів, що забезпечують максимально раціональне, оперативне й ефективне функціонування керованої системи з метою досягнення поставлених цілей і задач.*

Таке визначення поняття управління свідчить, що в його основу покладено той або інший *вплив (наказ, розпорядження, вказівка, план, зауваження, побажання, прохання, критика та ін.)*, який повинен відповідати *п'ятьом вимогам*, а саме: *бути організованим, реалізованим, цілеспрямованим, регламентованим, адекватним щодо конкретної управлінської ситуації.*

Поняття визначає ряд принципових вимог до управлінської діяльності - *забезпечення максимально раціонального, оперативного і ефективного функціонування керованої системи задля досягнення поставлених цілей і задач.*

Принциповим при організації управління є моделювання його *системи. Система управління це:*

1. сукупність дій щодо узгодження спільної діяльності людей;
2. сукупність пов'язаних ланок (або проблем) для здійснення управління.

Ланки системи управління різноманітні. Їх зв'язки та взаємодія окреслюють *структуру і складові управлінські проблеми.* Останні формують конкретний комплекс і визначену ієрархію.

Структурно система управління і її удосконалення включають п'ять основних проблем: *організація системи, як керований об'єкт; методи; функції, культура і техніка* (мал. 1).

Знання теоретичних аспектів комплексу проблем, структурно притаманних поняттю "система управління", має велике практичне значення для організації і керівництва медичною допомогою, оскільки дозволяє:

1. Скласти план роботи щодо удосконалення управління в кожній системі або її підсистемах.

2. Розробити програму та план групового та індивідуального підвищення кваліфікації управлінського персоналу, в т.ч. і керівного складу.

3. Скласти план і програму контролю стану управління системою.

4. Згрупувати інформацію по кожній з проблем. Будь-яка керована система опирається на ряд чинників, що стабілізують і забезпечують її ефективне функціонування, наприклад, надання медичної допомоги населенню. *Одним із напрямків стабілізації діяльності системи і використання надійних механізмів повинні бути наукові основи управління.* Впровадження їх в діяльність практичної системи медичної допомоги вимагає вирішення таких обов'язкових умов:

- a) наявності високоорганізованої системи та її складових підсистем;
- b) розробки технологічно-функціональних аспектів управлінської діяльності;

- в) наявність кваліфікованих кадрів;

- г) надійності і своєчасності інформації;

- д) адекватності фінансування і матеріально-технічної бази;

- е) перерозподілу функцій і реорганізації під них структури керуючих суб'єктів на всіх ієрархічних рівнях при широкому делегуванні прав і обов'язків керівникам та ін.

В управлінні системою медичної допомоги існують принципові особливості і складності, адже проблеми здоров'я в значній мірі перебувають за межами медичної компетентності і мають соціальне підґрунтя. До того ж, сама система

Схема системи управління

Організація системи	Методи управління	Функції управління	Культура управління	Техніка управління
1	1	1	1	
системно-компонентний	політичні правові	обґрунтування і постановка цілей	кваліфікація робітників	автоматизація управління
системно-функціональний	економічні організаційні	організація координація прийняття управлінського рішення	стиль управління умови праці	автоматизована обробка інформації
системно-структурний	соціально-психологічні	планування		
системно-інтегративний	статистико-математичні графічні	доорганізація регулювання		
системно-комунікаційний	спеціальні	контроль робота з кадрами		
системно-історичний		мотивація лідерство адміністрування представництво укладання угод		

Мал. 1. Комплексний підхід щодо удосконалення системи управління.

носить ймовірний характер функціонування. А це, у свою чергу вносить корективи у сформовані механізми організації та надання медичної допомоги забезпечення заходів щодо зберігання і зміцнення здоров'я населення. Тому сьогодні, з орієнтацією на ринкову економіку, питання удосконалення системи управління в медичній допомозі набуває особливої доцільності та принциповості.

13.5. Теорія управлінських систем

Реформування системи охорони здоров'я та її пристосування до ринкових умов вимагає від кожного практичного лікаря знань щодо об'єктивної оцінки власної діяльності, медичного закладу, розробки і обґрунтування перспективних планів його розвитку, прийняття оптимальних рішень, в тому числі управлінських тощо.

Природно, що цьому повинен передувати глибокий аналіз попередньої діяльності. В таких умовах, поряд з традиційними методами аналізу, на перше

місце виступає *системний підхід*, як напрямок методології наукового пізнання і практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів, як систем.

Що ж розуміється під *системою*? *Керована і організована система - це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних компонентів, ціле-спрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.*

До організованих систем відносяться і охорона здоров'я та медична допомога, як єдині, цілісні, державні (з рівноправним існуванням усіх форм власності), що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо.

З огляду на це слід визначити такі особливості та властивості будь-якої системи:

- *являє собою єдине цілісне утворення;*
- *складається з сукупності елементів;*
- *має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;*
- *має внутрішні і зовнішні зв'язки;*
- *функціонує для досягнення певної мети (в системі охорони здоров'я - збереження і зміцнення здоров'я та продовження творчої активності народу; в системі медичної допомоги - відновлення здоров'я народу та про-ведення медичної профілактики).*

Найважливішою особливістю кожної системи, в тому числі і медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко і системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

В кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми і елементи. Галузь охорони здоров'я, як самостійна система, одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства. Її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т.д. В свою чергу кожна підсистема складається з численних елементів: окремих медичних закладів, підрозділів, розділів роботи, служби та ін. Тому система - це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

Організаційна структура системи представлена на мал. 2.

Як свідчить мал. 2, система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин або підсистем: суб'єкта управління (СУ) - керуючої підсистеми; об'єкта управління (ОУ) - керованої підсистеми і блоку наукового регулювання системи (БНР) - служби інформаційно-аналітичного забезпечення. Функція управління реалізується шляхом впливу суб'єкта (органу управління охороною здоров'я) на об'єкт управління (підвідомча мережа, окремий медичний заклад та ін.).

місце виступає *системний підхід*, як напрямок методології наукового пізнання і практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів, як систем.

Що ж розуміється під *системою*? *Керована і організована система - це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних компонентів, ціле-спрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.*

До організованих систем відносяться і охорона здоров'я та медична допомога, як єдині, цілісні, державні (з рівноправним існуванням усіх форм власності), що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо.

З огляду на це слід визначити такі особливості та властивості будь-якої системи:

- *являє собою єдине цілісне утворення;*
- *складається з сукупності елементів;*
- *має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;*
- *має внутрішні і зовнішні зв'язки;*
- *функціонує для досягнення певної мети (в системі охорони здоров'я - збереження і зміцнення здоров'я та продовження творчої активності народу; в системі медичної допомоги - відновлення здоров'я народу та про-ведення медичної профілактики).*

Найважливішою особливістю кожної системи, в тому числі і медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко і системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

В кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми і елементи. Галузь охорони здоров'я, як самостійна система, одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства. Її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т.д. В свою чергу кожна підсистема складається з численних елементів: окремих медичних закладів, підрозділів, розділів роботи, служби та ін. Тому система - це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

Організаційна структура системи представлена на мал. 2.

Як свідчить мал. 2, система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин або підсистем: суб'єкта управління (СУ) - керуючої підсистеми; об'єкта управління (ОУ) - керованої підсистеми і блоку наукового регулювання системи (БНР) - служби інформаційно-аналітичного забезпечення. Функція управління реалізується шляхом впливу суб'єкта (органу управління охороною здоров'я) на об'єкт управління (підвідомча мережа, окремих медичний заклад та ін.).

місце виступає *системний підхід*, як напрямок методології наукового пізнання і практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів, як систем.

Що ж розуміється під *системою*? *Керована і організована система - це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних компонентів, ціле-спрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.*

До організованих систем відносяться і охорона здоров'я та медична допомога, як єдині, цілісні, державні (з рівноправним існуванням усіх форм власності), що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо.

З огляду на це слід визначити такі особливості та властивості будь-якої системи:

- *являє собою єдине цілісне утворення;*
- *складається з сукупності елементів;*
- *має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;*
- *має внутрішні і зовнішні зв'язки;*
- *функціонує для досягнення певної мети (в системі охорони здоров'я - збереження і зміцнення здоров'я та продовження творчої активності народу; в системі медичної допомоги - відновлення здоров'я народу та про-ведення медичної профілактики).*

Найважливішою особливістю кожної системи, в тому числі і медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко і системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

В кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми і елементи. Галузь охорони здоров'я, як самостійна система, одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства. Її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т.д. В свою чергу кожна підсистема складається з численних елементів: окремих медичних закладів, підрозділів, розділів роботи, служби та ін. Тому система - це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

Організаційна структура системи представлена на мал. 2.

Як свідчить мал. 2, система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин або підсистем: суб'єкта управління (СУ) - керуючої підсистеми; об'єкта управління (ОУ) - керованої підсистеми і блоку наукового регулювання системи (БНР) - служби інформаційно-аналітичного забезпечення. Функція управління реалізується шляхом впливу суб'єкта (органу управління охороною здоров'я) на об'єкт управління (підвідомча мережа, окремих медичний заклад та ін.).

місце виступає *системний підхід*, як напрямок методології наукового пізнання і практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів, як систем.

Що ж розуміється під *системою*? *Керована і організована система - це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних компонентів, ціле-спрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.*

До організованих систем відносяться і охорона здоров'я та медична допомога, як єдині, цілісні, державні (з рівноправним існуванням усіх форм власності), що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо.

З огляду на це слід визначити такі особливості та властивості будь-якої системи:

- *являє собою єдине цілісне утворення;*
- *складається з сукупності елементів;*
- *має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;*
- *має внутрішні і зовнішні зв'язки;*
- *функціонує для досягнення певної мети (в системі охорони здоров'я - збереження і зміцнення здоров'я та продовження творчої активності народу; в системі медичної допомоги - відновлення здоров'я народу та про-ведення медичної профілактики).*

Найважливішою особливістю кожної системи, в тому числі і медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко і системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

В кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми і елементи. Галузь охорони здоров'я, як самостійна система, одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства. Її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т.д. В свою чергу кожна підсистема складається з численних елементів: окремих медичних закладів, підрозділів, розділів роботи, служби та ін. Тому система - це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

Організаційна структура системи представлена на мал. 2.

Як свідчить мал. 2, система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин або підсистем: суб'єкта управління (СУ) - керуючої підсистеми; об'єкта управління (ОУ) - керованої підсистеми і блоку наукового регулювання системи (БНР) - служби інформаційно-аналітичного забезпечення. Функція управління реалізується шляхом впливу суб'єкта (органу управління охороною здоров'я) на об'єкт управління (підвідомча мережа, окремий медичний заклад та ін.).

місце виступає *системний підхід*, як напрямок методології наукового пізнання і практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів, як систем.

Що ж розуміється під *системою*? *Керована і організована система - це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, яке складається з сукупності виробничо-необхідних та повноцінних компонентів, ціле-спрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості й властивості, які не були притаманні їм окремо взятим.*

До організованих систем відносяться і охорона здоров'я та медична допомога, як єдині, цілісні, державні (з рівноправним існуванням усіх форм власності), що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо.

З огляду на це слід визначити такі особливості та властивості будь-якої системи:

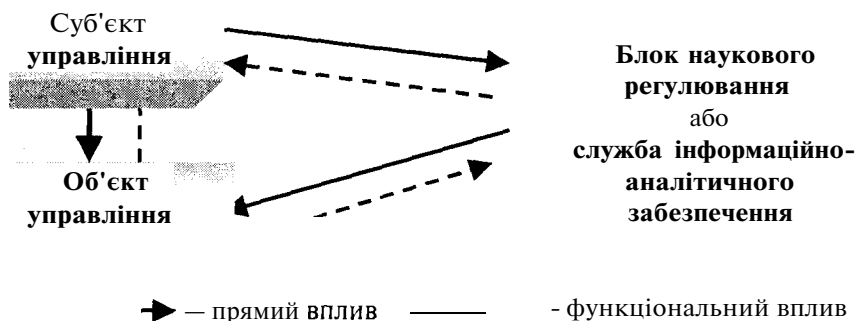
- *являє собою єдине цілісне утворення;*
- *складається з сукупності елементів;*
- *має свою внутрішню структуру, елементи якої знаходяться між собою у взаємодії;*
- *має внутрішні і зовнішні зв'язки;*
- *функціонує для досягнення певної мети (в системі охорони здоров'я ~ збереження і зміцнення здоров'я та продовження творчої активності народу; в системі медичної допомоги - відновлення здоров'я народу та проведення медичної профілактики).*

Найважливішою особливістю кожної системи, в тому числі і медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко і системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

В кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми і елементи. Галузь охорони здоров'я, як самостійна система, одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства. Її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т.д. В свою чергу кожна підсистема складається з численних елементів: окремих медичних закладів, підрозділів, розділів роботи, служби та ін. Тому система - це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

Організаційна структура системи представлена на мал. 2.

Як свідчить мал. 2, система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин або підсистем: суб'єкта управління (СУ) - керуючої підсистеми; об'єкта управління (ОУ) - керованої підсистеми і блоку наукового регулювання системи (БНР) - служби інформаційно-аналітичного забезпечення. Функція управління реалізується шляхом впливу суб'єкта (органу управління охороною здоров'я) на об'єкт управління (підвідомча мережа, окремий медичний заклад та ін.).



Мал. 2. Структурно-функціональні частини **керованої** системи

Блок наукового регулювання системи, як служба інформаційно-аналітичного забезпечення, наприклад, в обласній чи центральній районній лікарні представлений інформаційно-аналітичним відділом (центром), організаційно-методичним відділом, статкабінетом, групою наукової інформатики і т.д.

Внутрішні властивості системи характеризуються такими *аспектами системного підходу*:

- *системно-компонентним*, визначає компоненти, як складові єдиного цілого. До них в системі охорони здоров'я відносяться поліклініки, стаціонари, диспансери та інші типи медичних закладів. Її властиві також специфічні компоненти: лікарняне ліжко, медикаменти, медичний працівник, медична технологія, медичні знання та досвід і т.д.;

- *системно-функціональним*, який визначає технологію виконання функцій апаратом управління, передбачає розробку для всіх підрозділів медичного закладу спеціальних положень щодо порядку роботи, забезпечення посадовими документами, їх постійне оновлення в зв'язку з новими вимогами та зміною функцій;

- *системно-структурним*, який розкриває способи взаємозв'язку між компонентами та їх взаємодію, наприклад, між завідувачем відділення стаціонару та заступником головного лікаря з медичних питань щодо організації діяльності та якості лікування;

- *системно-інтегративним*, який розкриває механізми або чинники із забезпечення збереження якісної специфіки системи, її утримання у рівновазі і стабільності (чітко налагоджена робота колективу, нормальний психологічний клімат, можливості професійного росту спеціалістів і т.д.);

- *системно-комунікаційним*, який відтворює взаємодію даної системи з іншими, наприклад, народним господарством, відомствами, громадськими організаціями щодо охорони здоров'я людей, тобто їх зовнішні зв'язки;

- *системно-історичним*, який інформує про минулий, сучасний стан системи і перспективи подальшого розвитку.

В основу організації системи покладено системний підхід - це універсальний метод дослідження, вивчення її стану, організації, структури, взаємодії різних

аспектів функціонування, ресурсів, внутрішніх та зовнішніх зв'язків моделюючої або функціонуючої системи.

Системний підхід, на відміну від традиційних методів дослідження, дозволяє глибше, масштабніше, з різних позицій і комплексно оцінити те чи інше явище в конкретній системі, а також на державному, регіональному, міському і районному рівнях, в окремому закладі. Така оцінка дозволяє приймати більш вивірене і науково обгрунтоване управлінське рішення.

Загальними принципами системного підходу є:

- визнання досліджуваного об'єкта за систему з характерними особливостями і властивостями;

- уявлення про цілісність досліджуваного об'єкта, здатність розглянути його як цілісне утворення, а не просту механічну сукупність окремих елементів;

- визнання у досліджуваному об'єкті наявності численних і різноманітних типів зовнішніх і внутрішніх зв'язків;

- виявлення структурності системи, тобто вивчення її складу, властивостей окремих елементів цілісного об'єкта, проявів їхньої взаємодії, характеру структурного об'єднання частин в інтегроване ціле;

- функціональний підхід до вивчення системного об'єкта тощо.

Використання системного підходу в управлінні охороною здоров'я дозволяє:

- розглянути систему (досліджуваний об'єкт) як єдине ціле;

- вивчити весь комплекс її внутрішніх і зовнішніх зв'язків;

- оцінити зміни в зв'язках;

- рекомендувати різні варіанти побудови і удосконалення системи (тобто різні варіанти управлінських рішень), оцінити їх і відібрати найбільш придатні для цілей системи.

Ціль системи - це бажані для досягнення результати діяльності. Крім головної (генеральної), розрізняють також цілі більш низького порядку (підцілі). Якщо, наприклад, головною ціллю системи охорони здоров'я населення є забезпечення здоров'я населення та його працездатності, то цілями більш низького рівня його окремих підсистем можуть бути, зокрема, профілактика захворювань, лікування хворих і т.д. Їх, в свою чергу, можна розподілити на підцілі ще більш низького рівня.

Розподіл цілей на складові частини має вигляд грона дерева, що і дало підставу для введення поняття "дерево цілей". Наприклад, головною ціллю міської поліклініки є забезпечення населенню району обслуговування. Її можна розподілити на *цілі першого порядку*:

1.1. Забезпечення населення кваліфікованою медичною допомогою у поліклініці та вдома.

1.2. Організація та проведення профілактичних заходів серед населення.

1.3. Забезпечення нормативного використання ресурсів поліклініки і т.д.

Кожна з цілей першого порядку може бути розподілена на *цілі другого порядку*. Наприклад, *ціль 1.1 може мати наступні підцілі:*

- ././.* Удосконалення лікувально-профілактичної діяльності лікарів.
- 1.1.2.* Зміцнення дільничного принципу обслуговування населення.
- 1.1.3.* Забезпечення якості лікування хворих в умовах поліклініки.
- 1.1.4.* Забезпечення спадковості у роботі лікарів-спеціалістів поліклініки, стаціонару та служби швидкої медичної допомоги і т.д.

13.6. Загальна характеристика процесу управління

Відповідно до теорії менеджменту управління розглядається і як процес - під процесом управління варто розуміти *сукупність взаємозалежних операцій, які здійснюються за визначеною технологією керівниками, фахівцями, службовцями вручну або за допомогою різноманітних методів, машинних систем і окремих технічних засобів.*

З огляду на визначення процес складається із сукупності *управлінських операцій*, набір яких повинен характеризуватися конкретністю і специфічністю залежно від посадового статусу, ієрархічного рівня й особливості управлінської ситуації чи розв'язуваної задачі. Для системи медичної допомоги *управлінська операція являє собою закінчену доцільну дію або ряд дій, спрямованих на виконання визначеної задачі організаційного, медичного, економічного, соціального або іншого характеру.* Таким чином, управлінська операція для посадової особи - це елемент праці, складова частина конкретної навички.

Управлінські операції бувають *послідовні* (кожна наступна можлива тільки після виконання попередньої); *паралельні* (одночасне, рівнобіжне виконання тих самих операцій, наприклад, двома групами виконавців); *паралельно-послідовні* (передбачають часткове суміщення операцій).

Їх реалізація здійснюється за *технологією*, що передбачає *систему операцій і процедур* (інформаційного, логіко-розумового, розрахункового й організаційного порядку), які виконуються у визначеній *послідовності і комбінації вручну або за допомогою технічних засобів.*

Крім технології, кожна управлінська операція потребує своїх *управлінських процедур*. *Управлінська процедура* - це *система послідовно реалізованих правил щодо виконання у визначеному порядку і заданому ступені регламентації організаційних, медичних, соціальних операцій, яка призводить до вирішення поставлених задач.* Наприклад, послідовність дій і установлений порядок узгодження підпису наказу або іншого документа.

В практичній діяльності терміни *"процес управління"*, *"управлінські стосунки"*, *"управлінський механізм"* є рівноцінними і передбачають динамічне розгортання притаманних їм параметрів і властивостей.

В такому разі *процес управління* слід розглядати як *порядок здійснення механізму управління за відповідними управлінськими стосунками.*

Зміст управління полягає у впливі суб'єкта на керований об'єкт за допомогою функцій (розділ 13.7).

Процес управління складається з організації *інформаційних потоків* (через канали інформації директивно-відомчої, наукової, а також передового досвіду та власних джерел на підставі обліку та звітності з використанням методик медичної статистики), прийняття управлінських рішень та їх реалізації. Отже, процес управління - це послідовні, взаємозалежні дії циклічного, замкнутого характеру, які називаються фазами.

З огляду на технологічну і функціональну сутність процесу управління, його варто розглядати як взаємообумовлене поєднання *п'ятьох технологіко-функціональних фаз* (мал. 3) — *розробка і прийняття управлінських рішень (УР); планування реалізації управлінських рішень (ПРУР); доорганізації та регулювання системи для реалізації управлінських рішень; контроль.*

Як свідчить мал. 3, свого роду "запуском" процесу управління є *управлінське рішення*, а інші фази забезпечують його реалізацію.

Вихідними позиціями для здійснення процесу управління, крім наявності організованої системи, є визначення *цілі* і декомпозиція її на підцілі, для формування конкретних оперативних, ситуаційних або стратегічних напрямків діяльності в межах просторових і тимчасових характеристик.

Визначення *цілі* (генеральне або тактичне) неминуче призводить до формування *управлінської ситуації*, що потребує осмислення і розв'язання у вигляді визначеного реального й обгрунтованого "задуму" і конкретних *цілеспрямованих дій*.

Успішна реалізація процесу управління на практиці потребує дотримання ряду умов, властивостей та вимог. До них належать:

- компетентність;
- інформаційність (стратегічно-тактичного або оперативного характеру);
- циклічність і безперервність;
- тимчасовий і просторовий параметр;
- врахування психологічних аспектів;
- використання типів управління (видів субординації);
- використання механізмів видів управління.

Незважаючи на розходження структур управління в конкретних організованих системах, в них, як правило, використовуються *три типи управління* (видів субординації) - *лінійна, функціональна і матрична*, що визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.

В *лінійній структурі* кожний підрозділ (підлеглий) підпорядкований й одержує вказівки від одного вищого органу управління. Керівник самостійно виконує делеговані управлінські функції. Такі структури найбільш прості і логічні.



Мал. 3. Схема процесу управління та його технологічно-функціональних фаз.

Особливістю *функціонального типу управління* є підпорядкування лінійного керівника у функціональному відношенні тільки керівнику вищого щабля, наприклад, профільному заступнику головного лікаря. Але окремі функціональні і лінійні керівники, в силу специфічності виконання деяких обов'язків або виробничої необхідності, змушені поширювати свої службові повноваження на посадових осіб і співробітників, котрі безпосередньо підпорядковані іншим функціональним керівникам.

В управлінській практиці застосовується і *матрична (штабна) структура* або тип управління, що дозволяє поєднувати, узгоджувати лінійну відповідальність по вертикалі з відповідальністю за функціонування системи в цілому по горизонталі. Це її головна відмінна риса. Отже, *матричний тип управління потребує суміщення двох типів структур - лінійної і функціональної.*

До числа чинників, що забезпечують повноцінність і успішність процесу управління, варто віднести *підвищення загального професіоналізму і компетентності управлінського персоналу, наявність якісної і своєчасної управлінської інформації, а також знання і володіння його технологією.*

13.7. Функції управління

Функціональний підхід у теорії менеджменту вперше було обгрунтовано Анрі Файолем, який описав функції управління.

Суть управління можна визначити і з позицій функціонального підходу. Управління — це сукупність функцій організованих систем (біологічних, соціальних, технічних і ін.), що забезпечують моделювання і зберігання визначеної структури, підтримують оптимальний режим діяльності, реалізацію поставлених задач.

Функція це:

а) особливий вид управлінської діяльності, результат процесу розподілу праці і спеціалізації в сфері управління;

б) конкретні форми управлінського впливу на діяльність системи, що обумовлюють і визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.

Спільність понять функцій управління визначається і тим, що їх можна характеризувати і розглядати стосовно: а) суб'єкта і об'єкта управління; б) змісту і призначення; в) виду і етапу управлінської діяльності.

Управлінська праця, як і управлінська діяльність, супроводжуються 14 функціями: визначення цілей, організація, координація, прийняття управлінського рішення, планування, доорганізація, регулювання, контроль, робота з кадрами, мотивація, лідерство, адміністрування (керівництва), представництва, укладання угод або підписання договорів.

Кожна з функцій управління містить перелік необхідних знань і навичок, що забезпечують їхню успішну реалізацію в практичній діяльності. Отже, функція і навичка, як операція і процедура, - це єдина ланка конкретного виду управлінської діяльності і складові частини (елементи) посадового документа.

Реалізуючи на практиці ті або інші управлінські механізми, керівник і апарат управління використовують технологічний і функціональний аспекти управління системою, тому що між ними існує тісний взаємозв'язок. А це значить, що конкретній технологічній фазі процесу управління притаманний конкретно-специфічний набір функцій, що виконують головні або допоміжні ролі. Наприклад, для I технологічної фази головною буде функція розробки й ухвалення рішення, а в якості допоміжних будуть виступати формування цілей, організація процесу і діяльності, координація, планування, робота з кадрами і т.д. Одночасно, функція "розробка і прийняття рішень" може бути успішно реалізованою тільки при дотриманні визначеної технології.

Зупинимося на характеристичі окремих функцій управління.

Організація - це функція, націлена на *формування структури об'єкта управління, а також його забезпечення всім необхідним для нормальної роботи* — персоналом, матеріалами, устаткуванням, житлом, коштами й ін. У будь-якому плані завжди є стадія організації, тобто створення реальних умов для досягнення запланованих цілей.

Координація - це одна з головних функцій управління системою, що забезпечує безперебійність і безперервність його діяльності. *Головна задача координації - досягнення узгодженості в роботі всіх ланок системи за допомогою встановлення раціональних зв'язків (комунікацій) між ними і з навколишнім середовищем.*

Найбільш часто для координації використовують співбесіди, звіти, збори, комп'ютерний зв'язок, радіо- і телемовлення, роботу з документами та ін.

Регулювання - це *узгодження за нормативами відповідності, які запобігають порушенню нормального режиму роботи системи.* Регулювати - це домагатися необхідної відповідності й узгодженості характеристик щодо управління системою.

Мотивація - це функція управління, що має *метою активізувати працюючих і спонукати їх ефективно трудитися для виконання поставлених цілей і задач.* Для цього здійснюється матеріальне і моральне стимулювання працюючих, створюються умови для прояву творчого потенціалу робітників і їхнього розвитку.

На практиці функції управління реалізуються в сукупності і взаємодії, що забезпечує системі стійке становище в соціально-економічному середовищі.

Як зазначалося, функції управління реалізуються *набором навичок, операцій і процедур* управлінської діяльності, для виконання яких необхідно:

- *одержати або сформулювати завдання;*
- *провести інформаційну роботу;*
- *підготувати варіанти рішень;*
- *узгодити, прийняти і затвердити рішення;*
- *організувати і контролювати його виконання.*

Наведена сукупність операцій взаємопов'язана. Кожна з них повинна включати набір *процедур*. Наприклад, підготування рішення включає процедури зі створення й експлуатації баз даних і знань, проведення нарад і т.д.

Відсутність будь-яких операцій або процедур може призвести до низької ефективності виконання або невиконання функцій. Так, без проведення відповідного інформаційного забезпечення *{оцінки ситуації, одержання й опрацювання достовірної інформації}* подальша робота буде складною.

Знання функцій управління дозволяє не тільки конкретизувати зміст управлінської праці, процесу управління, але й розробити сучасні службово-посадові документи. На даний час в системі охорони здоров'я задіяні *посадові*

інструкції і характеристика (функціональні обов'язки). *Посадова інструкція* складається на *зареєстровану посаду*. *Посадова характеристика* визначає *функціональні обов'язки конкретної фізичної особи, тобто робітника*.

Та навіть добре складені вони не можуть знайти широкого практичного застосування в організації управлінської діяльності, особистій праці. *Однією з причин цього є неорієнтованість документів на конкретні зміст і технологію виконуваних робіт*. Дійсно, у *посадовій інструкції і посадовій характеристиці* закладено тільки *вимоги* (до того ж загального характеру) з відповіддю на питання *"що робити"* і без визначення *"як робити"* у зв'язку з невизначеністю складових частин праці (управлінських операцій) і порядку та послідовності їх виконання (управлінських процедур).

Не відповідають цим вимогам також професіограми, матриці, моделі фахівців та інші посадові документи. Винятком є *професійно-посадові вимоги (ППВ)*. Принципова схема професійно-посадових вимог керівника подана на мал. 4.

Функції	Знання	Навички	Управлінські операції	Управлінські процедури
1.	1.; 2.; і т.д.	1.1.; 1.2.; і т.д.	1.1.1; 1.1.2; і т.д.	1.1.1.1; 1.1.1.2; і т.д.
2.	1. 2. і т.д.	2.1; 2.2; і т.д.	2.1.1; 2.1.2; і т.д.	2.1.1.1; 2.1.1.2; і т.д.

Мал. 4. Принципова схема професійно-посадових вимог.

За даними схеми, службово-посадовий документ на конкретну посаду повинен включати *функції* (обов'язки співробітника), *знання* (загальні і спеціальні, якими повинен володіти співробітник, для реалізації функцій), *навички* (вміння співробітника для реалізації функцій), *управлінські операції* (конкретизація навичок управлінськими елементами праці) і *управлінські процедури* (порядок або алгоритм реалізації управлінських операцій). *Процедура* може бути описана методично. Наприклад, з приводу операції *"розрахунку середньої арифметичної"* в ППВ слід зазначити необхідність ознайомлення співробітника з матеріалами відповідних методичних вказівок чи навчального посібника.

За схемою ППВ організовується, крім управлінської, праця вчителя, робітника, лікаря й ін. Так, навчальна програма підготовки студентів у медичному ВУЗі припускає освоєння *функції лікування пацієнтів*. Тому він вивчає анатомію, фізіологію, гістологію, фармакологію, гігієнічні дисципліни, пропедевтику, інші предмети, що формують *знання майбутнього лікаря*. На підставі функцій, як цілі та знань, викладачі навчального закладу методично і послідовно вчать студента *навичкам* лікарської діяльності - збору анамнезу, обстеженню, діагностиці і лікуванню, веденню медичної документації, аналізу лікувально-діагностичного процесу, організації консультацій, роботі з середнім медичним персоналом, дотриманню етичних і деонтологічних правил діяльності та ін.

В свою чергу, кожна медико-технологічна операція освоюється студентом у практичному, технологічному відношенні, тобто його навчають дотриманню *медико-технологічної процедури*. Наприклад, пальпація печінки потребує відповідно до стандартів медичного обстеження пацієнта:

1. перевірки підготовленості кімнати до прийому пацієнтів;
2. перевірки відповідності всіх атрибутів одягу встановленому медичному етикету;
3. запрошення медичною сестрою пацієнта до лікарського кабінету;
4. миття рук з милом і теплою водою (при пацієнті);
5. запрошення пацієнта роздягнутися до пояса та лягти на спину;
6. підкладання валика під правий бік в ділянці проекції печінки;
7. пальпації печінки за методикою, наприклад, Образцова;
8. уточнення у пацієнта або колег окремих даних відомостей з історії хвороби;
9. пропозиції піднятися з кушетки й одягтися;
10. миття рук після пальпації (в присутності пацієнта);
11. при необхідності, доведення до відома пацієнта результатів обстеження;
12. запису результатів обстеження і призначеної схеми лікування в історію хвороби (амбулаторну картку);
13. чемного і тактовного прощання з пацієнтом з побажанням йому якнайшвидшого одужання (у випадку хвороби), надання рекомендацій з подальшого лікувально-оздоровчого режиму, повторного обстеження і т.д.;
14. подяки колегам за допомогу у роботі та ін.

Таким чином, ППВ, на відміну від інших посадових документів, припускають конкретизацію чітких посадових обов'язків, визначення змісту і порядку їх виконання.

13.8. Технологічно-функціональні фази процесу управління

При управлінні системою безупинно виникають ситуації, пов'язані з необхідністю вибору одного з кількох можливих варіантів дій, тобто прийняттям управлінських рішень. *Прийняття рішень* — це центральні управлінська функція і процедура, що визначають весь подальший хід процесу управління і особливо кінцевий результат діяльності. Отже, ефективність функціонування системи медичної допомоги багато в чому залежить від якості прийнятих рішень.

Управлінське рішення - це вид розгорнутого в часі логіко-розумового, емоційно-психологічного і організаційно-правового акту, що виконується керівником самостійно або з залученням "колективного розуму" в межах повноважень, посадового статусу та ієрархічного рівня.

З урахуванням класифікаційного критерію виділяють такі *види* управлінських рішень:

1. *за методом переробки інформації* - алгоритмічні та евристичні;
2. *за прогнозованими властивостям* — наслідки рішення добре відомі, можуть бути передбачені, передбачити неможливо;
3. *за складовими частинами системи* - за організацію і забезпечення діяльності СУ, ОУ і БНР;
4. *за напрямком впливу* — зовнішні та внутрішні;
5. *за масштабом впливу* - загальні та конкретно спрямовані;
6. *за характером* - оперативно-розпорядницькі, нормативні, організаційні та ситуаційно-тактичні;
7. *за компетентністю* — одноособові та колегіальні;
8. *за способом фіксації*- усно-розпорядницькі та документально фіксовані;
9. *за періодом дії* - разові, однократні та довгострокові;
10. *за жорсткістю регламентації* - контурні, структуровані та жорстко регламентовані.

Залежно від пріоритету складової рішення можуть мати такі найменування: *рішення-прогноз, організаційне, координаційне і т.д.*

Процес прийняття рішень припускає використання на практиці *теорій раціональних рішень, психологічної, сполученої і ігор*. В основу *теорії раціональних рішень* покладений визначений алгоритм дій (*логічний або за допомогою програмного забезпечення машинних систем*), тоді як *психологічну теорію* побудовано на знаннях, досвіді, інтуїції і способі мислення (*логічному або латеральному*).

В управлінській практиці при розробці і прийнятті колективних рішень рекомендується використовувати різноманітні методи, наприклад, *"мозкової атаки", колективного обговорення і дискусії, голосування "за - проти", ділової гри, групової динаміки, ситуаційного аналізу та ін.*

Технологія роботи над управлінськими рішеннями при оперативному або поточному виді управління передбачає дванадцять взаємозалежних етапів:

1. *з'ясування управлінської ситуації і формування задуму щодо неї;*
2. *визначення цілі (підцілей);*
3. *обґрунтування задач;*
4. *виявлення і визначення проблем;*
5. *вивчення проблем і встановлення причин їх виникнення;*
6. *пошук, розробка і обґрунтування варіантів рішення;*
7. *оцінку всіх варіантів та вибір оптимального рішення;*
8. *узгодження прийнятого рішення;*
9. *оформлення і затвердження рішення;*
10. *підготовку рішення до "запуску" в систему для виконання;*
11. *забезпечення реалізації рішення;*

12. оцінку виконання (при необхідності - наступне коригування) рішення і стимулювання праці виконавців.

Вимоги до управлінського рішення - своєчасність, обґрунтованість, відповідність наявним силам і ресурсам, конкретність, гнучкість, динамічність, збалансованість, прийняття за принципом єдиного документа та ін.

Прийняття рішень (перша фаза процесу управління) потребує їх реалізації за допомогою описаних вище чотирьох технологічно-функціональних фаз (мал. 3).

В процесі управління велике значення має фаза планування реалізації управлінських рішень (друга фаза процесу управління), в межах якої визначаються способи, шляхи, форми роботи, вибір виконавців, конкретизація задач та інше.

Документом, що забезпечує організаційно-правову сторону і механізм виконання системою управлінських рішень є план реалізації (ПРУР), який дозволяє:

- а) розподілити працю щодо виконання конкретного рішення між всіма фахівцями відповідно до займаних посад і службових обов'язків;
- б) вибрати оптимальний варіант досягнення цілі, найбільш ефективні шляхи, способи, форми і методи роботи;
- в) підвищити дисципліну, відповідальність кожної посадової особи.

Прийняте управлінське рішення перед запуском, крім плану реалізації (перша умова запуску рішення), потребує дотримання другої умови — доорганізації системи з урахуванням специфіки його розв'язання. В цьому і полягає зміст 3-ої технологічно-функціональної фази процесу управління.

Доорганізація системи, як і її організація, потребує застосування аналогічних шести аспектів методики системного підходу.

Забезпечивши умови "запуску" рішення на виконання (розробку плану і доорганізацію системи), апарат управління і колектив приступають до безпосередньої реалізації 4-ої та 5-ої технологічно-функціональних фаз процесу управління, що передбачають виконання таких функцій, як регулювання та контроль.

В управлінській практиці стосовно системи медичної допомоги використовують шість форм регулювання діяльності системи, кожна з яких має свої цільові призначення, особливості і правила:

- співбесіди з фахівцями і посадовими особами;
- колегії або медичні ради;
- збори колективу чи співробітників;
- ділові наради;
- обходи;
- виїзди на місце.

Регулювання системи передбачає внесення визначених коректив у її діяльність в межах конкретного рішення, що може призвести до певної ентропії (хаосу) у функціонуванні останньої та зниження авторитету керівника. Тому слід підкреслити - сам *факт корекції не є дестабілізуючим чинником і не впливає на авторитет керівника. Але часті, не завжди продумані, а також несвоєчасні корективи, можуть систему дестабілізувати.*

Ефективність прийнятих і реалізованих управлінських рішень багато в чому залежить від організації чотирьох видів контролю - попереднього, направляючого, фільтруючого, заключного — за системою загалом і апаратом управління зокрема.

Попередній контроль проводять на етапі розробки і прийняття управлінських рішень з метою попередження зрадливих або необґрунтованих наслідків, використовуючи переважно оперативну інформацію з власних джерел.

На відміну від *направляючого контролю*, що визнає корекції при виконанні заходів і їх термінів, *фільтруючий* дозволяє керівнику диференціювати, фільтрувати на підставі інформації діяльність в альтернативній формі: *зроблено — добре, а не зроблено — погано. Яких-небудь змін у програму дій, перелік заходів і термінів їх виконання не припускається.*

Заключний контроль - передбачає використання оціночних показників з виходом на кінцеві результати (цілі) і відповідні елементи стимулювання (позитивні або негативні).

Наведена схема процесу управління відноситься передусім до *оперативного, тактичного, і частково стратегічного та проблемно-цільового* видів управління, коли у керівника і співробітників апарату є достатньо часу й можливостей адекватно відреагувати на особливості тих або інших проблем, питань, ситуацій. Нестандартність проблеми або ситуації обумовлює необхідність запуску процесу управління за схемами *ситуаційного та проблемно-цільового* видів, що мають інші тактику і механізми.

13.9. Менеджер у системі охорони здоров'я

Втілення в систему охорони здоров'я нових методів господарювання з використанням елементів ринкових відносин створює передумови для поступового формування власного медичного менеджменту, що в свою чергу потребує наявності якісно нового спеціаліста управління - менеджера охорони здоров'я (медицини).

І це стверджується історичним минулим. Американський історик менеджменту Д. Рен (1972) підкреслює: "Виникнення і удосконалення ринкової економіки викликало потребу у більш творчих управлінцях, краще інформованих про те, як найкращим чином управляти організаціями".

Саме ринок з властивими йому ризиком і непевністю ситуації сприяв розвитку у західних менеджерів надзвичайно важливих і вкрай необхідних

для сучасних керівників охорони здоров'я якостей: самостійності і відповідальності за свою діяльність, постійного пошуку організаційно-управлінських і науково-технічних новацій - захисних механізмів в умовах нестійкої рівноваги ринкової кон'юнктури. Таким чином, ринок вимагає наявності спеціально підготовленого управлінського персоналу, який би володів основами менеджменту, як соціальною функцією.

Кого саме в системі охорони здоров'я слід вважати менеджерами? Перш за все — це перших керівників закладів охорони здоров'я і їх заступників. Саме вони, розробляючи і приймаючи відповідні управлінські рішення, повинні реалізовувати головну мету, поставлену керівниками вищестоящих органів управління - лідерами, і бути здатними самостійно приймати науково обгрунтовані рішення у відповідності до сучасних вимог. Безумовно, що лідери у своїх діях теж повинні спиратись на універсальні закони менеджменту. Останнє необхідне і керівникам підсистем системи охорони здоров'я, які очолюють служби, структурні підрозділи (відділення), головним спеціалістам та ін.

Менеджер охорони здоров'я - це професіонал в галузі управління всіма ланцюгами системи. До його якісної характеристики слід віднести:

- володіння системною методологією, її практичне застосування при організації керуючих і керованих систем;
- вміння приймати різні види управлінських рішень і володіння технологією процесу управління;
- здатність забезпечити діяльність системи в умовах оперативного, ситуаційного і стратегічного управління;
- володіння технологією роботи з інформацією і принципами медичного маркетингу;
- володіння основами комплексного управління персоналом і психологічними методами управління в створенні мотиваційного механізму поведінки колективу;
- здатність вирішувати проблеми в умовах зміни принципів господарювання і ринкових відносин з використанням економічних методів управління;
- знайомство з різними формами ринкових відносин в системі охорони здоров'я;
- комп'ютерну грамотність.

З огляду на те, що в ринкових умовах особливої актуальності набуває управління за ситуацією (ситуаційне управління), яка має тенденцію до постійних змін, вищенаведене слід доповнити вмінням менеджера охорони здоров'я:

- правильно оцінювати ситуацію, тобто визначати найбільш важливі фактори впливу і найбільш чутливі елементи системи, вплив на які дасть найбільший бажаний ефект,
- пов'язувати конкретні прийоми управління з конкретними ситуаціями, забезпечуючи при цьому найбільш ефективне досягнення поставленої мети.

Отже, майбутній менеджер охорони здоров'я (менеджер медицини) - це керівник ринкової орієнтації, що відповідає вимогам реформи галузі в напрямку формування багатуокладної системи охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Назвіть складові частини науки управління та її предмет.
2. Назвіть основні принципи та закони науки управління.
3. Назвіть основні чинники, які обумовлюють складність та сприяння управлінню охороною здоров'я.
4. В чому полягає практична значущість комплексного підходу щодо удосконалення системи управління?
5. Назвіть "управлінські проблеми", які входять до поняття "система управління".
6. Назвіть основні сучасні школи менеджменту та їх представників.
7. Дайте трактований коментар визначенням понять "менеджмент" і "менеджер".
8. Що розуміється під поняттям "система управління"? Прокоментуйте його.
9. Що розуміється під керованою системою? Прокоментуйте це поняття.
10. Назвіть обов'язкові структурно-функціональні частини керованої системи.
11. Назвіть методичні прийоми, які застосовуються при організації чи доорганізації системи?
12. Назвіть основні загальні властивості організованої управлінської системи.
13. Що розуміється під компонентами системи? Назвіть основні компоненти систем охорони здоров'я та медичної допомоги.
14. Назвіть аспекти, якими конкретизується зміст системного підходу. Прокоментуйте їх.
15. Дайте трактований коментар визначенню поняття "управління".
16. З яких технологічно-функціональних фаз складається процес управління та в чому полягає їх значущість для управлінської практики?
17. Що таке управлінська операція та управлінська процедура? Назвіть їх види.
18. Назвіть основні вимоги стосовно процесу управління.
19. Вкажіть роль функцій в процесі управління та назвіть провідні управлінські функції.
20. Що являє собою ППВ (професійно-посадові вимоги), з яких основних частини вони складаються та в чому їх значущість для управлінської практики?
21. Назвіть теорії та методи, які використовуються при прийнятті управлінських рішень. Розкрийте їх змістовну сутність.
22. Назвіть технологічні аспекти розробки та прийняття управлінських рішень.
23. Назвіть умови запуску управлінського рішення до виконання та їх значення для управлінської практики.
24. Які бувають види контролю? Дайте їм характеристики.
25. Назвіть основні вимоги стосовно контролю в управлінській практиці.

Розділ 14. ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

14.1. Теоретичні основи

За останні роки економіка охорони здоров'я зазнала докорінних змін. Для спеціалістів, які займаються проблемами соціальної медицини, економічні знання стали тепер вкрай потрібними. Запровадження ринкових відносин в Україні підштовхнули пошук і розвиток різноманітних економічних прийомів і методів управління охороною здоров'я, зробили актуальною проблему вивчення медичної, соціальної і економічної ефективності надання медичної допомоги усім верствам населення. Важлива роль у розв'язанні цих завдань належить економічній теорії. При її вивченні слід відмовитися від думки, що медична діяльність має унікальні особливості і тому не підлягає закономірностям загально-економічних законів, правилам, методам і прийомам управління нею. Безпечно, економіка охорони здоров'я має свою особливу специфіку та завдання, потребує ґрунтовної адаптації до існуючих надбань економічної теорії. Але багато базових категорій як економіки охорони здоров'я, так і економіки інших галузей за формою співпадають.

Реформа економіки і соціальної сфери в нашій країні обумовлює певні зміни системи охорони здоров'я. Концепція її розвитку в умовах ринкової економіки чітко орієнтує суспільство на сприйняття медицини не тільки як юридичної, юридичної, а насамперед як соціально-економічної категорії, заснованої на адекватному економічному забезпеченні відповідно до обсягу і якості фактично виконаних медичних послуг.

У перспективі цивілізовані ринкові відносини в охороні здоров'я повинні стати реальним економічним суб'єктом у загальній інфраструктурі економіки країни.

Економічний аспект охорони здоров'я слід розглядати як елемент суспільного виробництва. Поряд із цим у суспільстві створюються умови для виникнення розвитку в галузі ринкових відносин.

Про об'єктивний характер необхідності їх розвитку у вітчизняній системі охорони здоров'я свідчать:

- усвідомлення населенням економічної обумовленості свого здоров'я;
- комерціалізація охорони здоров'я;
- збільшення обсягу платних медичних послуг;
- розвиток маркетингових операцій;
- впровадження різноманітних форм підприємництва тощо.

Перспектива впровадження на державному рівні системи медичного страхування створює реальну основу формування різноманітного конкурентного середовища в охороні здоров'я.

Для успішного просування реформ надзвичайно важливе значення має оволодіння основами економіки охорони здоров'я практичних виробників медичних послуг - медичних фахівців різних профілів та рівнів (лікарі, медичні сестри і т.д.), студентів вищих та середніх медичних навчальних закладів.

Змінюється економічне середовище медичних працівників і насамперед ключової фігури - практикуючого лікаря, який може бути:

- найманим робітником у державній установі або медичному підприємстві;
- кооператором, орендарем, акціонером, фахівцем, що займається індивідуальною приватною медичною практикою;
- поєднувати ці й інші форми господарської діяльності.

Зазначені вище економічні передумови викликали необхідність впровадження в число обов'язкових навчальних дисциплін медичних вузів України курсу *"Економіка охорони здоров'я"*.

Економіка охорони здоров'я - це наука про раціональне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів суспільства на медичне обслуговування й охорону здоров'я населення.

Економіка охорони здоров'я вивчає:

- *прояв і методи використання економічних законів в охороні здоров'я;*
- *господарський механізм функціонування галузі;*
- *способи сполучення економічних інтересів усіх суб'єктів господарювання;*
- *ефективність форм і методів лікувально-профілактичного і санітарно-епідеміологічного обслуговування населення;*
- *шляхи і методи раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.*

Сформована за останні роки в країні самостійна галузева наукова дисципліна досліджує дію об'єктивних економічних законів у конкретних умовах виробництва і споживання медичних послуг, а також умови і чинники, що забезпечують найбільш повне задоволення потреб населення в медичному обслуговуванні й охороні здоров'я при припустимому рівні ресурсів.

Викладання економіки охорони здоров'я і проведення відповідних наукових досліджень базуються насамперед на вивченні міжгалузевих економічних дисциплін, насамперед таких, як економіка праці, фінанси і кредит, матеріально-технічне постачання закладів охорони здоров'я тощо.

В сучасних умовах основне значення надається вивченню таких актуальних економічних проблем охорони здоров'я:

- становлення і розвиток медичного страхування;
- приватизація об'єктів охорони здоров'я;
- сучасні методи оцінки якості медичної допомоги населенню;
- проблеми підвищення ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів;
- впровадження сучасних методів менеджменту в умовах організаційної перебудови галузі.

Попит населення на медичні послуги, чисельність різноманітних груп і категорій медичного персоналу, рівень їх фахової кваліфікації визначають обсяг діяльності закладів охорони здоров'я, розмір розцінок на медичні послуги. В свою чергу *менеджмент*, економічна оцінка реального трудового внеску й ефективності праці медичних працівників, питання її оплати відповідно до якості і результативності є одними з найважливіших проблем економічного аналізу в охороні здоров'я.

Відомо, що якість надання медичної допомоги залежить не тільки від розвитку медичних технологій, кваліфікації медичного персоналу, але і від економічних можливостей суспільства. З цього погляду охорону здоров'я в розвинутих країнах часто пов'язують, наприклад, із життєвим рівнем населення, якістю життя. Такий підхід одразу ставить економіста перед проблемою визначення пов'язаних із здоров'ям параметрів економічного аналізу.

Здоров'я має споживчу вартість, але не має вартості мінової. Повне пояснення цього твердження подано нижче (в розділі "Ринок медичних послуг"), а по суті воно означає, що здоров'ям неможливо торгувати, отже, не існує і ринку здоров'я. Але *охорона здоров'я є предметом ринкових відносин*. Істотна відмінність полягає в тому, що здоров'я купити безпосередньо не можна, а послуги системи охорони здоров'я - можливо. Оскільки значна кількість товарів, що легко збуваються, впливають на здоров'я, то послуги системи охорони здоров'я використовуються саме і лише тому, що вони стосуються здоров'я. Воно зумовлене розрахунком на те, що інвестиції в розвиток сфери охорони здоров'я дадуть прибуток у вигляді самого здоров'я. Отож, *попит на медичну допомогу* в певній мірі є похідним, *заснованим на бажанні споживача мати міцне здоров'я* для успішного функціонування у всіх інших сферах виробництва й споживання. Тож не дивно, що суспільство надає охороні здоров'я особливої ваги.

Питання попиту на медичну допомогу складне ще й тому, що для використання послуг охорони здоров'я (за винятком профілактичних) споживач має бути хворим, а люди здебільшого воліли б цього уникнути. Звичайно, коли йдеться про профілактичні заходи, споживачеві не обов'язково бути хворим. Однак, попит на профілактику теж базується на очікуваному від інвестицій прибутку у вигляді здоров'я.

Споживання медичних послуг не в першу чергу пов'язане зі станом здоров'я. Хоча на нього можуть впливати найрізноманітніші товари, головні причини їхнього споживання зовсім інші. Існує, як ми побачимо далі, певна відмінність послуг системи охорони здоров'я від інших, але збут перших зумовлений лише їхнім сподіванням на покращення здоров'я.

Те, що здоров'я не є товаром, не виключає неможливості економічного аналізу проблеми споживання та виробництва у сфері охорони здоров'я. Яскравим прикладом аналізу є зв'язок між безробіттям і здоров'ям, вивчення економічних аспектів забруднення довкілля. Проте, більшість досліджень у галузі економіки здоров'я мають суто практичне значення, про що свідчить створення,

принаймні в усіх розвинутих країнах, цілої мережі закладів, що спеціалізуються на виробництві й розподілі послуг у системі охорони здоров'я.

Ці аргументи зумовили також рівень економічних досліджень. В економіці звичайно припускають, що максимальної корисності можна досягти при здійсненні вибору в умовах повної поінформованості. Проте, споживач, захворівши, навряд чи стане збирати необхідну для оптимального вибору інформацію, навіть якщо він фізично здатний на це. До того ж потреба в такій інформації найімовірніше буде значною - зрештою, навчання спрямоване в певній мірі на її отримання. Лікар не тільки володіє потрібною для споживача інформацією, а й забезпечує лікування. Ці обставини, безперечно, впливають на вибір і обсяг послуг. Тому нас цікавить поведінка споживачів і виробників.

Непередбачуваність виникнення та подальшого перебігу хвороби - факт нашого життя. Про лікування багатьох з них споживач знає дуже мало, а тому не орієнтується і в його вартості. Цілком природно, що медичне страхування передбачає взяття на себе деякої частини ризику можливих витрат.

Економічний аналіз неминуче поширюється ще й на ринок страхування витрат на охорону здоров'я, оскільки попит на нього пов'язаний з ризиком можливих витрат на відповідні послуги. Види страхування визначають і форми послуг системи охорони здоров'я і впливають на вибір окремих споживачів. Відтак запровадження страхування витрат на охорону здоров'я розширює межі економічного аналізу охорони здоров'я, включаючи й питання про різновид фінансування - громадське чи приватне.

В сучасних умовах лікувально-профілактичні заклади - самостійні суб'єкти господарювання, які планують свої витрати і прибутки з різних фінансових джерел. Впровадження системи медичного страхування дозволить:

- створити цивілізований ринок медичних послуг (з державною системою захисту інтересів споживача - пацієнта);
- проводити маркетингові дослідження;
- застосовувати ринкові механізми в діяльності закладів охорони здоров'я;
- проводити оптимальну цінову політику.

Вільний розвиток всіх форм власності через підвищення конкуренції об'єктивно сприятиме, з одного боку, стримуванню росту цін, а з іншого - зростанню якості медичної допомоги.

Зрозуміло, що існуючі стандарти медичної допомоги будуть з часом змінюватись, хоча б за рахунок цінової вартості необхідних ресурсів, а також відповідно до вимог до якості самої медичної допомоги. В усіх випадках процес змін в ринкових умовах перебігає більш гнучко, ніж при нормативному плануванні.

Стратегічними напрямками розвитку економіки охорони здоров'я будуть:

- *економічне обґрунтування розвитку системи в Україні;*
- *формування законодавчої бази її діяльності, насамперед прийняття Закону про медичне страхування населення України;*
- *розвиток приватного сектора закладів, які надають різноманітні медичні послуги;*

- визначення економічно ефективних і відповідних вимогам стандартів якості методів лікування (медичних технологій);
- розгалуження системи фінансування закладів охорони здоров'я;
- структурна перебудова системи надання медичної допомоги на основі пріоритетних напрямків первинної медико-соціальної допомоги (з використанням незалежної лікарської практики загального напрямку - сімейний лікар);
- реалізація гнучкої системи фінансування підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів, сертифікації та ліцензування відповідно до вимог самостійної практики.

14.2. Планування в системі охорони здоров'я України

Сучасний підхід до планування національної системи охорони здоров'я ґрунтується на концепції програмування загальнонаціонального здоров'я, яка передбачає:

- систематичну оцінку проблем здоров'я в національному контексті;
- виявлення регіонів, готових до змін;
- визначення оптимальних методів для здійснення контролю і встановлення відповідальності за забезпечення ресурсами.

Метод програмування галузі передбачає виконання інтенсивної роботи в короткі терміни робочими групами з фахівців різного профілю. Вона супроводжується упорядкуванням організації охорони здоров'я та системним підходом до процесу управління ресурсами.

Незважаючи на великі розходження між державами - масштаби, методологія, ступінь розробки планування, наявний досвід дозволив відпрацювати ряд загальних рекомендацій.

- Планування не буде ефективним без належного аналізу соціальної, економічної і політичної ситуації.
- Планування охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальної системи медичного планування і не може розвиватися незалежно.
- Для успішного проведення політики ефективного використання людських ресурсів необхідні три компоненти розвитку охорони здоров'я (виробництво медичних послуг, планування і управління) і взаємодія їх зі службами охорони здоров'я.
- Успішний розвиток наукових досліджень, впровадження планів охорони здоров'я можливі при наявності належних соціальних, економічних, політичних умов і визначеної національної політики.

1. Головні поняття і цілі

Планування системи охорони здоров'я - це систематизація цілей, задач, пріоритетів, видів діяльності для забезпечення адекватності між її ресурсами та потребами населення в медичному обслуговуванні на даний момент і на майбутнє.

Планування - адміністративний інструмент, що забезпечує раціональну основу для прийняття управлінських рішень. Для того, щоб рішення були ефективними, вони повинні ґрунтуватися на ретельній оцінці різних варіантів. Практична роль планування - це таке розміщення ресурсів, при якому медичне обслуговування було б доступним і ефективним.

Етапи планування:

- визначення й аналіз проблем;
- визначення альтернативних варіантів;
- вибір правильного рішення;
- визначення технічних методів виконання;
- визначення цілей програми і головних дій з їх реалізації.

Плани повинні супроводжуватися детальним розподілом завдань і ресурсів, описом методів вирішення задач у конкретний термін. Планування забезпечує основу програмного управління з такими складовими (як у системі охорони здоров'я, так і в інших галузях):

- забезпечення необхідними для виконання наміченого плану людськими, матеріальними і фінансовими ресурсами;
- розподіл завдань (організаціям, групам, окремим особам) з найбільш ефективним використанням їх потенціалу;
- розвиток навичок персоналу, розширення їх можливостей;
- переконання виконавців у необхідності досягнення намічених цілей обраними методами;
- узагальнення, контроль і оцінка з метою застосування перевірених на практиці методів.

Планування і керівництво на практиці тісно пов'язані. Комунікація (зв'язок) і прийняття рішень необхідні для планування та керівництва, а інформація є для них важливою складовою частиною. Ряд головних положень розглядається нижче.

Планування суспільного здоров'я - це процес визначення його проблем, ідентифікації потреб і ресурсів, установлення реалістичних і пріоритетних цілей та механізмів реалізації. Це невід'ємна частина загальнонаціонального планування соціально-економічного розвитку - тривалий, систематичний, скоординований процес використання людських ресурсів, фінансів, сировини для визначення і досягнення соціальних цілей розвитку країни. Воно припускає координацію планів охорони здоров'я, системи освіти, сільського господарства, промисловості, транспорту, суспільної безпеки і т.д.

Термін "людські ресурси" і "робоча сила" співіснують, маючи різне смислове навантаження. Перший застосовується в більш широкому розумінні і уособлює потенціальні і наявні знання, уміння і навички, що необхідні для економічного і соціального розвитку суспільства, другий позначає, як правило, групу людей, що одержала, одержує освіту, спеціальну підготовку для тієї або іншої сфери діяльності.

Поняття "людські ресурси охорони здоров'я" визначає:

- число спроможних до праці фахівців і тих, хто навчається; їх демографічні дані; соціальні характеристики з питань освіти, досвіду і кваліфікації;
- необхідні зміни в кількості і якості персоналу для забезпечення охорони здоров'я населення.

Складові терміна "людські ресурси охорони здоров'я":

- фахівці охорони здоров'я, що вже працюють;
- потенційні фахівці, що мають необхідну підготовку або досвід у певній галузі охорони здоров'я, але на даний момент не зайняті у ній;
- перспективні фахівці, що на даний момент одержують освіту і спеціальну підготовку.

Питання про ступінь задоволення спеціаліста роботою може бути визначене за допомогою таких параметрів: дослідження функціональності, вибіркового дослідження і дослідження діяльності.

Головні функції системи охорони здоров'я країни - це планування, управління і виробництво медичних послуг. Їх здійснює єдина система, до якої належать органи управління, підпорядковані їм заклади і персонал.

2. Система охорони здоров'я

Планування системи полягає у визначенні необхідної кількості людей, рівня їх знань і умінь, ресурсів, яких вони потребують для досягнення заздалегідь поставлених цілей і завдань. Іншими словами - це чітке визначення:

- хто збирається виконувати ту або іншу роботу;
- завдання, термін, місце, методика її проведення;
- групи населення, на які розраховані ті чи інші елементи планування.

Оскільки планування є невід'ємним елементом процесу розвитку охорони здоров'я, воно пов'язане з підготовкою, розподілом і ефективним використанням фахівців. Цей важливий компонент планування національної системи охорони здоров'я відіграє суттєву роль у плануванні загального процесу соціально-економічного розвитку і ґрунтується на загальних національних принципах, тактиці і стратегії.

Мета планування галузі охорони здоров'я полягає в найбільш вдалому з економічної точки зору використанні навичок і умінь фахівців для ефективного, кваліфікованого і безпечного медичного обслуговування. Оптимальне його вирішення полягає не в забезпеченні наявності великої кількості професіоналів, а у використанні фахівців, кваліфікація яких відповідає потребам і вимогам медичного обслуговування населення з огляду на наявні у країні ресурси.

Етапи процесу планування

Цей процес є *динамічним*, тому що необхідно постійно реагувати й адаптуватися до ситуації, *циклічним*, тому що передбачає повторення етапів збору, аналізу даних, упорядкування, впровадження й оцінки плану.

Етап 1

Початковий імпульс організації процесу планування може виходити практично з будь-якої інстанції, наприклад, із Міністерства охорони здоров'я, Міністерства економіки; частіше від органів громадської охорони здоров'я. Він полягає у *формуванні нових ідей, поглядів, концепцій* і не виключає політичного тиску для активізації діяльності.

Етап 2

Є вирішальним для успішного виконання визначеної концепції. Перед попереднім оглядом пріоритетів, збором даних, вивченням існуючої ситуації *необхідно встановити наявність принаймні мінімальних умов для ефективного планування*. Якщо обставини створюють малі шанси для здійснення ефективного загального планування, слід направити свої зусилля на вирішення більш скромних задач і подумати про поліпшення його перспективи.

Етап 3

Передбачає визначення *кількісних параметрів, оцінки обсягу ресурсів і можливостей їх використання*, а також прогнозування зміни чисельності населення, відтворення людських ресурсів і інших важливих чинників. Варто зауважити, що в цей період, принаймні на початковому етапі, потрібно ґрунтуватись на існуючій ситуації.

Етап 4

Вивчення якомога більшого числа альтернативних пропозицій і вибір найбільш адекватних варіантів. Встановлення відповідності обраної стратегії службі зайнятості, органам освіти тощо.

Етап 5

Для успішної взаємодії плани повинні складатися з окремих детальних програм з чітко визначеними пунктами щодо *видів діяльності, методів, ресурсів, вартості і часу, необхідних для кожного етапу роботи*. Загальний план повинен підрозділятися на *регіональні програми і спеціалізовані проекти*. На ранніх стадіях необхідно також визначити обов'язки і ступінь участі всіх залучених до процесу планування. План повинен враховувати тактику і стратегію управління галуззю.

Етап 6

Оцінка результатів процесу планування часто ігнорується, особливо планування охорони здоров'я, де, як правило, проміжок часу між ухваленням рішення і результатами його впровадження є достатньо тривалим.

Доцільність планування обумовлена, серед іншого, необхідністю фінансування підготовки фахівців, наукового обґрунтування якості використання служб здоров'я або соціальною необхідністю забезпечення доступності допомоги, пріоритетами в розвитку служб охорони здоров'я. Можуть також братися до уваги політичні і технічні аспекти. Незалежно від мотивів, для успішного проведення планування охорони здоров'я необхідно враховувати попередні

умови і обставини, при яких він буде здійсненим. Це дозволить визначити шанси на успіх. Серед умов виділяються такі:

- Спроможність керівництва адаптуватися до нових обставин. Упорядкування загальнонаціонального плану повинно ґрунтуватися на ясній і точній інформації відповідних органів охорони здоров'я, освіти і на людських ресурсах. Ступінь поінформованості керівництва охорони здоров'я й закладів освіти про кадрову і функціональну невідповідність, диспропорції у використанні і розподілі ресурсів повинні бути вичерпними, в противному разі планування на кінцевій стадії буде неефективним, частковим або потерпить крах під час реалізації проектів.

- Законодавча основа планування і наступного впровадження рекомендацій. Успіх планування охорони здоров'я буде обмеженим, якщо він юридично і адміністративно не обґрунтований.

- Бажання і можливості уряду впровадити план. Реалістичний план має враховувати адміністративні обмеження. Багато планів в системі охорони здоров'я мали недостатній успіх через недостачу досвідчених менеджерів.

Планування в системі охорони здоров'я припускає прийняття політичних рішень і залежить від типу політичної системи конкретної країни. Його реалістичною основою є принципи політики і законодавства в охороні здоров'я і в інших галузях. Політичні рішення приймаються для всієї країни, на рівні регіонів, міст, районів і навіть на рівні окремих закладів. Розуміння раціональних основ політичних рішень на кожному рівні має надзвичайне значення для планування охорони здоров'я. Політичні, економічні, соціальні, законодавчі і адміністративні чинники значним чином впливають на проект плану і стратегію його впровадження. Одна з складних задач планування полягає в приведенні у відповідність різноманітних підходів і впровадження найбільш оптимальної соціальної і економічної стратегії.

Складність приведення у відповідність потреб охорони здоров'я соціально-економічному розвитку країни обумовлена такими причинами:

- Соціальна політика і плани країни в сфері охорони здоров'я, можуть підлягати значним динамічним змінам із року в рік. Несприятливі умови в країні є перешкодою успішному плануванню подальшого розвитку системи охорони здоров'я, але повністю його не виключають.

- Соціальні задачі і цілі не мають безумовної єдності, некеровані, і часто суперечать одне одному. Підсистеми різноманітних рівнів у межах країни служать різним, часто суперечливим, інтересам і групам.

- Існують значні прогалини в поінформованості про соціальні проблеми. Керівники соціальних служб часто не уявляють собі, як різні задачі співвідносяться одна з одною і які можуть бути наслідки альтернативних рішень.

- Значна частина соціальних проблем вирішується ізольовано, несистематично, шляхом некоординованих дій окремих груп і осіб.

На ранніх стадіях планування необхідні постійні консультації представників органів влади й експертів для обговорення впровадження. Це є початком

зв'язку технічних і політичних типів рішень, що починаються в плануванні охорони здоров'я керівниками і представниками законодавчої влади, політичними виконавцями, агентствами контролю, адміністраторами охорони здоров'я різних рівнів, плануючими органами, програмістами, менеджерами тощо.

3. Статистична основа планування

Збір, аналіз і опрацювання статистичних даних є однією з головних задач плануючих органів. Збільшення кількості досліджень в галузі охорони здоров'я змушує плановиків значну частину часу присвячувати збиранню інформації.

Досвід дозволяє визначити шість найбільш важливих принципів збору і використання технічних даних:

- Тісний зв'язок статистики організації охорони здоров'я із статистичними даними про здоров'я й освіту населення.
- Фахівці в галузі статистики повинні брати участь у роботі на всіх етапах процесу планування.
- Під час збору даних необхідно врахувати можливості статистичної системи країни. Планування використання людських ресурсів неминуче збільшує обсяг загальнонаціональної статистичної системи.
- Різноманітні компоненти досліджень повинні бути збалансовані. Планування часто сповільнюється або стає марним через дисбаланс між зібраними даними і практичними можливостями їх розробки. Наприклад, розробка детальних дорогих проектів при вивченні попиту з використанням недосконалої техніки може призвести до великої кількості помилок.
- Зібрані дані повинні впливати на прийняття рішень, що часто ігнорується на практиці. Спеціальні дослідження слід починати, якщо попередній аналіз показує, що результати цих досліджень необхідні і будуть сприяти виявленню і правильному вирішенню певної проблеми.
- Перевага повинна надаватися якості і коректності даних, а не їх загальній кількості. Краще, якщо причетні до планування фахівці будуть мати у своєму розпорядженні детальну і точну інформацію, отриману вибірково, ніж матеріал з високим рівнем помилок, стосовно усього населення або всіх закладів охорони здоров'я. Проте, спокуса одержати великий обсяг даних і незнання техніки вибірових досліджень часто призводять до ігнорування цього принципу.

Науково-консультативна група ВООЗ з розвитку досліджень в галузі охорони здоров'я розробила для спеціалістів, які займаються плануванням охорони здоров'я, перелік вимог, необхідних для збору інформації з типовими анкетами, які з успіхом використовувались в різних умовах. Важливо вибрати інформацію з визначенням значущості кожної їх категорії і відповідних проблем. Категорії інформації - це зразки пунктів, що можуть бути включені в проект збору даних. Залежно від принципів планування і специфіки проблем деякі з них можуть бути виключені.

Важливо зазначити, що дефіцит фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я може зберігатися ще тривалий час. Тому необхідно спрямувати

зусилля органів управління на ефективне використання наявних коштів і створити сприятливий клімат для залучення додаткових фінансових ресурсів, зокрема за рахунок розвитку системи добровільного медичного страхування.

14.3. Ринок медичних послуг

Здоров'я тільки за певних умов можна називати товаром. І тільки в тому сенсі, що робоча сила є товар, і здоровий працівник - більша цінність за таких же умов, ніж робітник, який має, наприклад, хронічне захворювання і час від часу втрачає працездатність. Але саме по собі здоров'я, маючи найвищу цінність, не продається і тому не може вважатись товаром.

В той же час, все, що використовується в охороні здоров'я як в галузі економіки, має конкретну вартість, являє собою товар. Тому і медичні послуги також є товаром, який має попит і пропозицію, безперечно вартість і тому в ринкових умовах повинен мати ціну. Ціна в даному випадку виступає як відповідність між доцільністю і можливостями.

Медицина накопичила достатню кількість альтернативних методів лікування однієї хвороби і, як правило, в сучасних умовах вибір одного з них залежить від матеріальних можливостей (парадокс вартості, коли пацієнти вважають, що чим вища ціна медичної допомоги, тим вища її якість, ми розглянемо в розділі 14.6 "Маркетингові дослідження в охороні здоров'я"). Думається, що вибір методу лікування повинен насамперед визначатись медичними показаннями. Але якщо можливості держави обмежені і певні методи не можуть бути внесені до переліку гарантованої медичної допомоги з економічних міркувань, то це ще не означає, що заклади охорони здоров'я взагалі повинні відмовитись від подібних технологій. В таких випадках найкращим засобом, який здатний вирішити і суто економічні, і морально-етичні проблеми, буде впровадження системи добровільного медичного страхування. Доречно буде зауважити, що навіть в державах, де на охорону здоров'я виділяється значна частка валового національного продукту (в США, наприклад, більше 14 %), при виборі альтернативних програм часто-густо використовують метод "витрати - результати", тобто враховують вірогідно отриману користь у співвідношенні з кількістю необхідних матеріальних ресурсів.

Ринкова економіка - це система, у якій обмін результатами праці здійснюється відповідно до вимог економічних законів товарного виробництва й обороту.

Тривале ігнорування специфіки товарного виробництва взагалі і ролі ринку в нашій країні, особливо в сфері медичних послуг, призвело до того, що сучасне покоління господарських керівників здебільшого:

- не володіє необхідною теоретичною базою;
- не має практичного досвіду роботи на принципах економічної самостійності підприємницької організації;

- не знайоме з методикою формування портфеля замовлень, налагодження виробництва нових товарів і послуг, організації збуту продукції та послуг, орієнтованих на запити споживачів;

- дуже приблизно уявляє собі діяльність в умовах ринкової конкуренції між підприємцями.

В умовах економічної реформи, що передбачає перехід економіки України на ринкові відносини, виникає об'єктивна необхідність вивчення позитивного світового досвіду використання менеджменту в галузях матеріального виробництва і сфери послуг.

Менеджмент пронизує всю ринкову економіку, є необхідною ланкою наукового впливу на механізм ринкових відносин.

Менеджмент - це здатність використовувати об'єктивні закони, притаманні сучасному суспільному виробництву.

Постає задача підготовки господарських керівників нового типу з економічним мисленням, які б мали достатні знання про:

- сутність ринку;
- ринкові відносини;
- ринковий механізм;
- види ринків;
- товарну політику і маркетингову стратегію підприємства в умовах ринкової економіки;
- організації, які засновані на різноманітних видах власності.

Ринкова економіка - це така форма організації господарства, при якій індивідуальні виробники і споживачі взаємодіють за допомогою ринку.

Ринок - механізм реалізації ринкової економіки, що характеризується в узагальненому виді такими ознаками:

- *вільний зв'язок між виробниками і споживачами, здійснюваний не за вказівкою "зверху", а за економічними мотивами;*
- *вільний вибір партнерів за виробничими і комерційними зв'язками; конкуренція (змагання) між учасниками ринку.*

Антиподом ринкової економіки є командна економіка, що базується на директивному плануванні, централізованому керуванні підприємствами й організаціями, на адміністративному ціноутворенні.

У економічній літературі найбільш поширене визначення поняття "ринок" - це місце товарного обміну. *У загальнотеоретичному розумінні ринок - це складна система економічних взаємовідносин, що виникають між виробниками і споживачами з приводу купівлі-продажу товарів і послуг.*

Сучасне господарство розвинутих країн світу представляє собою економічну систему загального товарного виробництва з розвинутими ринковими відносинами. Умовами його виникнення є суспільний поділ праці і відношення власності. Суспільний поділ праці призводить до спеціалізації виробників, між виробниками і споживачами продуктів виникають відношення обміну. Відносна

виробнича самостійність закріплюється економічно. Виробники стають власниками своєї продукції і за допомогою товарного обміну відшкодовують витрати на її виробництво і дістають прибуток. Тим самим реалізують свій економічний інтерес як власники. Всі господарські суб'єкти діють на основі цього загального принципу, загального закону ринку: мінімум витрат і максимум прибутків.

Економічний механізм сучасної ринкової економіки являє собою сукупність суспільних відносин, заснованих на:

- повній відносній виробничій і економічній відособленості виробників різноманітних товарів і послуг;
- рівноправності усіх видів власності;
- вільному ціноутворенні і конкуренції;
- реальній взаємодії економічних законів ринку: закону вартості, конкуренції, попиту і пропозиції, закону прибутку та ін.

Без товарного виробництва немає ринку. В міру розвитку товарного виробництва й обороту змінювалося і розуміння категорії "ринок". Спочатку поняття ринку характеризувалося як місце торгівлі, ринкова площа. З включенням у сферу обміну усе нових об'єктів, таких як гроші, цінні папери і т.п., розширюється поняття ринку, як сфери обертання. А якщо підійти до цього питання з боку суб'єкта ринкових відносин, то, за словами Ф. Котлера, "ринок - сукупність існуючих і потенційних покупців товарів"*.

З перетворенням у товари не тільки засобів виробництва, але і робочої сили, поняття ринку отримує загальний характер, стає умовою суспільного відтворення. В результаті з'являється *визначення ринку, як сукупності економічних відносин, за допомогою яких здійснюється обертання суспільного продукту в товарно-грошовій формі.*

Тепер ринок розглядається як суспільна форма організації і функціонування, при якій забезпечується взаємодія виробництва і споживання без посередницьких інститутів, що регулюють діяльність виробників і споживачів, прямий й опосередкований вплив на виробництво і споживання. Більш того, виникнуло розуміння ринку як самостійної підсистеми у функціонуючій економічній системі.

Ми дотримуємося думки, висловленої в економічній літературі, про те, що категорія "ринок" повинна розглядатися подвійно - у вузькому і широкому розумінні. У вузькому - *під ринком розуміємо сферу обігу якогось товару або послуги, у широкому — ринок розглядається як певний засіб організації економічного життя.* Його характерні ознаки:

- вільний доступ кожної людини до будь-якого виду господарської діяльності;
- певна самостійність учасників економічного процесу, їх матеріальна відповідальність за результати своєї діяльності;
- суперництво (конкуренція) господарських суб'єктів за гроші покупців, ресурси, місце застосування капіталу тощо;

Котлер Ф. Основи маркетинга. - М.: Прогресс, 1991. - С. 64.

- формування економічних пропорцій під впливом динаміки цін і конкурентної боротьби;
 - ціноутворення як результат взаємодії попиту і пропозицій.
- Основи ринкової економіки однакові для усіх:

- приватна власність;
- конкуренція;
- вільне підприємництво.

Ринок являє собою складний механізм виявлення і задоволення економічних інтересів. Він є головним засобом саморегулювання в необхідних пропорціях і спонукання суб'єктів, що започаткували підприємництво, до росту ефективності такої діяльності.

У процесі саморегулювання виробництва продукції і послуг ринок виконує такі функції:

- обмін між виробниками і покупцями товарів та послуг;
- задоволення конкретних потреб споживачів як основа маркетингу;
- підвищення якості продукції і послуг, зниження витрат виробництва,

впровадження більш прогресивих технологій і організації виробництва для отримання додаткових прибутків;

- раціональне споживання в межах наявних прибутків і пошук шляхів росту для збільшення купівельної спроможності споживачів товарів і послуг.

Держава створює механізм регулюючого впливу на ринкові процеси для запобігання монополістичним тенденціям, негативному впливу стихії ринку на становище найменш захищених прошарків населення. При цьому, відношення між відособленими товаровиробниками, що здійснюють товарообмін, доповнюються планованим свідомим визначенням пропорцій при розподілі трудових ресурсів і засобів виробництва між різноманітними операціями, підприємствами, галузями, регіонами, а також при розподілі виробленого продукту або послуг між групами населення, видами діяльності і рівнями відтворення.

Планування на мікрорівні визначає пропорції ресурсів для виробництва товарів і послуг і розподілу отриманого прибутку на підприємстві. На макрорівні - реалізується економічна роль держави в забезпеченні назрілих структурних перетворень, формуванні нових галузей, регулюванні пропорцій і перерозподілі прибутків в інтересах тих прошарків населення, що не мають можливості самостійно забезпечити своє існування (діти, багатодітні сім'ї, пенсіонери і т.п.), на охорону навколишнього середовища, а також із метою задоволення загальнодержавних потреб в галузі оборони, державного управління, міжнародних відношень.

Підґрунтям для планування ринкових відносин є передбачення майбутнього розвитку виробничих процесів і наслідків впливу на них різноманітних чинників.

З переходом до ринкової економіки зростає роль прогнозування, що виконує такі функції:

- передбачення тенденцій розвитку виробництва на різних його рівнях;

- виявлення і добір оптимального з альтернативних шляхів впливу на майбутній розвиток;
- прогностична оцінка коливань ринкової кон'юнктури і наслідків запропонованих ринкових, проектних, планових, програмних рішень, своєчасне їхнє коригування при істотній зміні кон'юнктури.

Щоб ефективно впливати на процес виробництва в заданому напрямку, необхідно поєднувати обґрунтований вибір стратегії і гнучку тактику її реалізації.

Стратегія - загальний план використання і співвідношення сил на перспективний період. Вона дозволяє ґрунтовно вибрати головні цілі і напрямки розвитку підприємства, галузі, регіону, народного господарства в цілому і магістральних шляхів їх досягнення.

Тактика - шляхи досягнення мети. Вона допомагає гнучко реагувати на зміни ринкової кон'юнктури і зовнішні чинники в процесі реалізації обраної стратегії. Організація і здійснення наміченої стратегії як тактики для досягнення цілей суб'єкта ринкових відносин можливі тільки за умов наявності особливої економічної поведінки учасників ринкової економіки, що одержала в економічній літературі визначення "підприємництва", як "особливий людський ресурс".

Дійсно, в умовах простого товарного виробництва функції власника матеріальних умов виробництва і робітника в особистому розумінні були об'єднані.

З виникненням загального товарного виробництва в умовах нелегального, поопераційного поділу праці проявилася об'єктивна закономірність відділення функції власника від функції робітника і народження особливого роду робітника - менеджера, якому передається функція підприємництва. Підприємець - як центральна фігура ринкової економіки ставить завдання поєднання всіх чинників виробництва в єдиному господарському процесі. У нього зароджується початковий поштовх до виробництва. Він знаходить засоби для втілення в життя своєї мети. Як у керівника виробництва у нього такі ж права на зроблений продукт, як і в робітника. Проте цього недостатньо. Йому також (у більшості випадків) передається і функція власника. І тепер вже економічна поведінка менеджера-підприємця, як власника, спрямована на створення і використання науково-технічних, технологічних, організаційно-економічних, соціальних і інших умов впливу на виробничий колектив для реалізації економічного інтересу - одержання прибутку. Власність реалізується економічно, коли вона починає приносити прибуток. От чому більшість економістів визначають поняття підприємця як власника, котрий вдається до економічного ризику заради реалізації ідеї та здобування прибутку, сам організує господарську діяльність, планує її і розпоряджається результатами цієї діяльності.

Умовами розвитку підприємництва є:

- наявність вільного ринку,
- наявність конкуренції,
- наявність правових гарантій у відношенні власності, без яких неможливі ризиковані підприємницькі дії.

- виявлення і добір оптимального з альтернативних шляхів впливу на майбутній розвиток;
- прогностична оцінка коливань ринкової кон'юнктури і наслідків запропонованих ринкових, проектних, планових, програмних рішень, своєчасне їхнє коригування при істотній зміні кон'юнктури.

Щоб ефективно впливати на процес виробництва в заданому напрямку, необхідно поєднувати обґрунтований вибір стратегії і гнучку тактику її реалізації.

Стратегія - загальний план використання і співвідношення сил на перспективний період. Вона дозволяє ґрунтовно вибрати головні цілі і напрямки розвитку підприємства, галузі, регіону, народного господарства в цілому і магістральних шляхів їх досягнення.

Тактика — шляхи досягнення мети. Вона допомагає гнучко реагувати на зміни ринкової кон'юнктури і зовнішні чинники в процесі реалізації обраної стратегії. Організація і здійснення наміченої стратегії як тактики для досягнення цілей суб'єкта ринкових відносин можливі тільки за умови наявності особливої економічної поведінки учасників ринкової економіки, що одержала в економічній літературі визначення "підприємництва", як "особливий людський ресурс".

Дійсно, в умовах простого товарного виробництва функції власника матеріальних умов виробництва і робітника в особистому розумінні були об'єднані.

З виникненням загального товарного виробництва в умовах нелегального, поопераційного поділу праці проявилася об'єктивна закономірність відділення функції власника від функції робітника і народження особливого роду робітника - менеджера, якому передається функція підприємництва. Підприємець - як центральна фігура ринкової економіки ставить завдання поєднання всіх чинників виробництва в єдиному господарському процесі. У нього зароджується початковий поштовх до виробництва. Він знаходить засоби для втілення в життя своєї мети. Як у керівника виробництва у нього такі ж права на зроблений продукт, як і в робітника. Проте цього недостатньо. Йому також (у більшості випадків) передається і функція власника. І тепер вже економічна поведінка менеджера-підприємця, як власника, спрямована на створення і використання науково-технічних, технологічних, організаційно-економічних, соціальних і інших умов впливу на виробничий колектив для реалізації економічного інтересу - одержання прибутку. Власність реалізується економічно, коли вона починає приносити прибуток. От чому більшість економістів визначають поняття підприємця як власника, котрий вдається до економічного ризику заради реалізації ідеї та здобування прибутку, сам організує господарську діяльність, планує її і розпоряджається результатами цієї діяльності.

Умовами розвитку підприємництва є:

- наявність вільного ринку,
- наявність конкуренції,
- наявність правових гарантій у відношенні власності, без яких неможливі ризиковані підприємницькі дії.

- виявлення і добір оптимального з альтернативних шляхів впливу на майбутній розвиток;
- прогностична оцінка коливань ринкової кон'юнктури і наслідків запропонованих ринкових, проектних, планових, програмних рішень, своєчасне їхнє коригування при істотній зміні кон'юнктури.

Щоб ефективно впливати на процес виробництва в заданому напрямку, необхідно поєднувати обґрунтований вибір стратегії і гнучку тактику її реалізації.

Стратегія - загальний план використання і співвідношення сил на перспективний період. Вона дозволяє ґрунтовно вибрати головні цілі і напрямки розвитку підприємства, галузі, регіону, народного господарства в цілому і магістральних шляхів їх досягнення.

Тактика — шляхи досягнення мети. Вона допомагає гнучко реагувати на зміни ринкової кон'юнктури і зовнішні чинники в процесі реалізації обраної стратегії. Організація і здійснення наміченої стратегії як тактики для досягнення цілей суб'єкта ринкових відносин можливі тільки за умов наявності особливої економічної поведінки учасників ринкової економіки, що одержала в економічній літературі визначення "підприємництва", як "особливий людський ресурс".

Дійсно, в умовах простого товарного виробництва функції власника матеріальних умов виробництва і робітника в особистому розумінні були об'єднані.

З виникненням загального товарного виробництва в умовах нелегального, поопераційного поділу праці проявилася об'єктивна закономірність відділення функції власника від функції робітника і народження особливого роду робітника - менеджера, якому передається функція підприємництва. Підприємець - як центральна фігура ринкової економіки ставить завдання поєднання всіх чинників виробництва в єдиному господарському процесі. У нього зароджується початковий поштовх до виробництва. Він знаходить засоби для втілення в життя своєї мети. Як у керівника виробництва у нього такі ж права на зроблений продукт, як і в робітника. Проте цього недостатньо. Йому також (у більшості випадків) передається і функція власника. І тепер вже економічна поведінка менеджера-підприємця, як власника, спрямована на створення і використання науково-технічних, технологічних, організаційно-економічних, соціальних і інших умов впливу на виробничий колектив для реалізації економічного інтересу - одержання прибутку. Власність реалізується економічно, коли вона починає приносити прибуток. От чому більшість економістів визначають поняття підприємця як власника, котрий вдається до економічного ризику заради реалізації ідеї та здобування прибутку, сам організує господарську діяльність, планує її і розпоряджається результатами цієї діяльності.

Умовами розвитку підприємництва є:

- наявність вільного ринку,
- наявність конкуренції,
- наявність правових гарантій у відношенні власності, без яких неможливі ризиковані підприємницькі дії.

- виявлення і добір оптимального з альтернативних шляхів впливу на майбутній розвиток;
- прогностична оцінка коливань ринкової кон'юнктури і наслідків запропонованих ринкових, проектних, планових, програмних рішень, своєчасне їхнє коригування при істотній зміні кон'юнктури.

Щоб ефективно впливати на процес виробництва в заданому напрямку, необхідно поєднувати обґрунтований вибір стратегії і гнучку тактику її реалізації.

Стратегія - загальний план використання і співвідношення сил на перспективний період. Вона дозволяє ґрунтовно вибрати головні цілі і напрямки розвитку підприємства, галузі, регіону, народного господарства в цілому і магістральних шляхів їх досягнення.

Тактика - шляхи досягнення мети. Вона допомагає гнучко реагувати на зміни ринкової кон'юнктури і зовнішні чинники в процесі реалізації обраної стратегії. Організація і здійснення наміченої стратегії як тактики для досягнення цілей суб'єкта ринкових відносин можливі тільки за умов наявності особливої економічної поведінки учасників ринкової економіки, що одержала в економічній літературі визначення "підприємництва", як "особливий людський ресурс".

Дійсно, в умовах простого товарного виробництва функції власника матеріальних умов виробництва і робітника в особистому розумінні були об'єднані.

З виникненням загального товарного виробництва в умовах нелегального, поопераційного поділу праці проявилася об'єктивна закономірність відділення функції власника від функції робітника і народження особливого роду робітника - менеджера, якому передається функція підприємництва. Підприємець - як центральна фігура ринкової економіки ставить завдання поєднання всіх чинників виробництва в єдиному господарському процесі. У нього зароджується початковий поштовх до виробництва. Він знаходить засоби для втілення в життя своєї мети. Як у керівника виробництва у нього такі ж права на зроблений продукт, як і в робітника. Проте цього недостатньо. Йому також (у більшості випадків) передається і функція власника. І тепер вже економічна поведінка менеджера-підприємця, як власника, спрямована на створення і використання науково-технічних, технологічних, організаційно-економічних, соціальних і інших умов впливу на виробничий колектив для реалізації економічного інтересу - одержання прибутку. Власність реалізується економічно, коли вона починає приносити прибуток. От чому більшість економістів визначають поняття підприємця як власника, котрий вдається до економічного ризику заради реалізації ідеї та здобування прибутку, сам організує господарську діяльність, планує її і розпоряджається результатами цієї діяльності.

Умовами розвитку підприємництва є:

- наявність вільного ринку,
- наявність конкуренції,
- наявність правових гарантій у відношенні власності, без яких неможливі ризиковані підприємницькі дії.

Широкий розвиток підприємництва збагачує економічну діяльність суспільства, підвищує економічну і соціальну ефективність виробництва.

Підприємницька діяльність - організація і поєднання чинників виробництва (ресурсів) для створення матеріальних благ і послуг, що задовольняють суспільні потреби, із кінцевою метою реалізації власних матеріальних інтересів підприємця. Це створення матеріальних благ та послуг шляхом організації і поєднання чинників виробництва (ресурсів) для задоволення інтересів підприємця і суспільних потреб.

Важливо зазначити, що в сфері медичних послуг закони класичного ринку не завжди спрацьовують. Це пояснюється відсутністю вільної конкуренції. В сучасному суспільстві для того, щоб отримати дозвіл займатись приватною медичною практикою, необхідно отримати (і підтверджувати) глибокі спеціальні знання, мати відповідне обладнання, яке разом з приміщенням повинно відповідати необхідним санітарно-гігієнічним вимогам тощо. Але оскільки потреба в медичних послугах існує, це означає, що існує і ринок медичних послуг.

Отже, *ринкова економіка є економічною основою розвитку охорони здоров'я, як такого виду людської діяльності, що є відбитком особливої економічної поведінки суб'єкта господарювання в умовах загального товарного виробництва.* Сучасний менеджер лікувально-профілактичного закладу, який озброєний економічними методами управління, активно шукає можливості і обгрунтовано ризикує, домагаючись впливу на мотиви поведінки людей з метою реалізації цілей організації.

Ринкова економіка - це економіка вільного підприємництва. Вона є добродійним підприємницьким середовищем, у якому створюються сильні стимули до самореалізації людини, підвищення її трудової і господарської активності. За допомогою саморегулювання забезпечуються:

- оптимальна координація діяльності всіх економічних суб'єктів;
- раціональне використання трудових, матеріальних і грошових ресурсів;
- ефективність усього суспільного господарства.

Відповідно до фаз відновлювального циклу: виробництво, розподіл, обмін і споживання - розрізняють такі види підприємницької діяльності: 1) виробнича; 2) комерційна; 3) фінансова.

Виробниче підприємництво охоплює виробництво і споживання товарів і послуг. Об'єктом цього виду підприємництва є підприємства і заклади, у тому числі і сфери послуг. Виробниче підприємство виконує такі функції:

- визначення виду виробничої діяльності і номенклатури товарів і послуг;
- виявлення потреби в товарах і послугах, необхідних потенційному споживачу (маркетингова діяльність);
- оформлення відношень у різноманітних формах (наприклад, контракту) між підприємцем і покупцем товару або послуг (в умовах страхової медицини це може бути укладання страхового поліса);
- здійснення самого виробництва товарів і послуг. Всі необхідні для цього ресурси, у т.ч. інформацію, підприємець одержує самостійно;

- залучення до своєї діяльності сторонніх організацій і осіб, якщо окремі роботи підприємець неспроможний виконати своїми силами.

Фінансовий результат виробничого підприємництва характеризують прибуток і рентабельність.

Комерційне підприємництво обслуговують торгово-обмінні операції. В основі цього виду діяльності лежать угоди з купівлі-продажу-перепродажу товарів і послуг. Вважається, що комерційна справа доцільна, якщо вона забезпечує прибуток у розмірі не менше 25-30 % витрат.

Фінансове підприємництво — особливий вид комерційної діяльності. *Об'єктом купівлі - продажу тут є гроші, валюта, цінні папери.* Агентами фінансового ринку виступають комерційні банки, фондові біржі, підприємства, організації, окремі підприємці. Розрахунковий прибуток при цьому коливається у межах 5-15 % обсягу фінансової угоди.

У Законі України "Про підприємництво" сказано: "Підприємництво - це самостійна ініціатива, систематична, на власний ризик діяльність у галузі виробництва продукції, виконання робіт, надання послуг та заняття торгівлею з метою здобування прибутку".

Суб'єктами підприємницької діяльності можуть бути фізичні і юридичні особи.

Фізичні особи - це громадяни України й інших держав, не обмежені законом у правоздатності або дієздатності. Під правоздатністю (дієздатністю) відповідно до Цивільного Кодексу мається на увазі спроможність громадянина мати права і нести обов'язки. До правоздатності входять:

- право власності;
- право користуватися житлом і іншим майном;
- право успадковувати і заповідати майно;
- право обирати рід занять, у т.ч. займатися підприємництвом;
- право вибору місця проживання;
- можливість мати право автора творів науки, літератури і мистецтва, відкриттів, винаходів, раціоналізаторської діяльності;
- інші майнові й особисті права.

У якості *юридичної особи* (як співвітчизників, так і іноземних громадян) розглядається *підприємство (організація)*, що відповідає таким ознакам, установленим законодавством України:

- незалежність існування.
- наявність свого майна,
- право одержувати, користуватися і розпоряджатися власністю;
- право від свого імені бути позивачем і відповідачем у суді й арбітражі;
- самостійна майнова відповідальність.

Підприємство є самостійним суб'єктом господарювання, організованим для виробництва продукції, виконання робіт і надання послуг із метою задоволення суспільних потреб і одержання прибутку. Підприємство самостійно здійснює свою діяльність, розпоряджається власною продукцією і послугами, а також прибутком, що залишився після сплати податків і інших обов'язкових платежів.

У сфері послуг, як і в галузях матеріального виробництва, можуть створюватися і діяти підприємства і заклади, що знаходяться в *державній, приватній, муніципальній власності і власності громадських організацій*, а також підприємства змішаної форми власності, засновані на об'єднанні майна, власність громадських організацій, іноземних держав, юридичних осіб і громадян.

Таким чином, в нашій державі є всі необхідні умови для створення приватного сектора лікувально-профілактичних закладів. Необхідно лише створення законодавчої бази, яка б сприяла їх розвитку.

14.4. Особливості ринку медичних послуг

Ринок медичних послуг має такі характерні особливості:

- ризик і непевність;
- недовикористання медичних послуг;
- асиметричний розподіл інформації між пацієнтом і лікарем.

Ризик і непевність в умовах вільного (ненормованого) ринку призводять до розвитку системи медичного страхування з наступними проблемами нееконічності багатьох дрібних страхових компаній, необгрунтованого надмірного використання медичних послуг і штучного вибору найменш ризикованих контингентів.

Оскільки захворювання або нещасний випадок пов'язані з потребою в медичних послугах, виникають в основному раптово, і ніхто не може бути впевнений, що з ним цього не трапиться, людина змушена резервувати деяку суму грошей на цей випадок, для сплати при необхідності вартості медичної послуги (модель платної медицини). Але для більшості людей важко, а часом і неможливо, завжди мати в резерві необхідну суму, тим більше, що з розвитком медичних технологій ця сума може бути дуже значною.

Статистичним методом можливо вірогідно визначити масив осіб, що потребуватимуть медичної допомоги, і грошову суму для її забезпечення, тобто оцінити ризик. Об'єднання їх невеликих коштів дозволить створити страховий резерв, з якого буде змога оплатити медичну допомогу тим, хто її потребує.

Таким чином, страхування — модель, що відповідає природі ринку медичних послуг, яка пов'язана з ризиком і непевністю.

Викладена схема припускає, що всі застраховані мають рівний ризик занедужати. Проте в реальному житті, чим старше людина, тим більше для неї цей ризик. Крім того, ризик залежить від професії, наявності хронічних захворювань або схильності до них тощо.

Тому на приватному ринку медичного страхування відбувається добір ризиків. Це означає, що з групи застрахованих виділяється підгрупа з меншим ризиком і утворює страхове співтовариство, у якому застраховані сплачують менші внески. Всі інші змушені збирати тепер більш велику суму грошей з кожного, щоб оплатити необхідну медичну допомогу. Цей процес продовжується, бо і в цій групі знайдеться група застрахованих із меншими ризиками. В

остаточному підсумку розвиток приватного ринку медичного страхування може призвести до того, що з нього випадають дві групи - дуже багаті, що можуть купити будь-які медичні послуги особисто, і занадто бідні, що не можуть внести необхідну суму в страхове співтовариство.

Прикладом наведеної вище ситуації є система приватного медичного страхування в США, де близько 15 % населення зовсім не охоплено страхуванням, а неадекватно застраховано набагато більше.

У системах медичного страхування існує також проблема надвикористання медичної допомоги, відомої як "моральні витрати". Моральні витрати бувають двох типів: моральні витрати пацієнта (споживача) і моральні витрати лікаря (виробника).

Моральні витрати споживача пов'язані, головним чином, із двома чинниками.

По-перше, людина, застрахувавшись на випадок хвороби, перестає її побоюватися, менше піклується про здоровий спосіб життя, у результаті чого в нього можуть розвинутися захворювання і споживання медичних послуг зростає.

По-друге, застрахувавшись, пацієнт одержує медичні послуги безкоштовно в момент споживання або з невеличкими доплатами. Таким чином, зникає цінова взаємодія між виробником і споживачем на ринку медичних послуг, і відбувається надвикористання "безкоштовних" медичних послуг (тобто пацієнт звертається за медичною допомогою і тоді, коли міг би без неї обійтися, затягує лікування і таке інше.).

Моральні витрати виробників виникають насамперед там, де виробники одержують винагороду за гонорарним принципом, і в лікарів виникають стимули рекомендувати пацієнту необов'язкові або навіть непотрібні обстеження і процедури.

Таким чином, надвикористання медичних послуг - неминуча риса медичного страхового ринку. Деякі методи боротьби з цим явищем викладені нижче.

Можливості *компенсації* моральних витрат пацієнта (надвикористання медичних послуг) такі:

- використання засобу часткової оплати застрахованим у момент споживання медичної допомоги;
- обмеження вільного вибору для пацієнта (створення стимулів використовувати обмежену кількість медичних послуг);
- нецінове обмеження числа процедур з боку лікарів;
- запровадження листів чекання для деяких видів лікування й обстеження;
- використання системи обопільної оплати страхових внесків як з боку працедавців, так і працівників;
- неповна компенсація витрат (для схеми відшкодування).

Слід зазначити, що цінові регулятори (страхові внески з боку не тільки працедавця, але і самого робітника, неповне відшкодування) широко застосовуються як в системах приватного, так й обов'язкового медичного страхування.

Нецінові регулятори (обмеження вибору, доступу, листи чекання) частіше застосовуються в державних (інтегрованих) системах охорони здоров'я.

Варіанти зменшення моральних витрат виробників медичних послуг (поведінка лікарів, що стимулюють зайвий попит на медичні послуги):

- застосування подушового фінансування;
- виплата заробітної плати лікарям за жорсткими ставками;
- преміювання за досягнення необхідних результатів;
- фінансування медичних послуг методом глобального бюджету;
- застосування методів типу КСГ (клініко-статистичних груп) при оплаті закінчених випадків, тобто оплата закінчених випадків за задалегідь встановленими тарифами;
- використання схем одержання фондів (коли лікарі первинної ланки купують необхідні послуги для своїх пацієнтів);
- контроль за діяльністю виробників медичних послуг;
- обмеження переліку безкоштовних медикаментів, що виписуються;
- інтегровані схеми управління ресурсами.

Недовикористання медичних послуг трапляється, якщо медичне страхування не має обов'язкової форми (таке може статися в суто ринкових моделях організації охорони здоров'я).

Таким чином, у сфері охорони здоров'я проявляється бажання певної частини членів суспільства сплачувати за медичну допомогу, одержувану іншими членами суспільства. Це може бути пов'язане з непрямою вигодою для власного здоров'я, наприклад, від вакцинації іншого контингенту, але може бути і чистою добродійністю, тобто приносити психологічне задоволення. Додаткові засоби, що надходять від заможних членів суспільства, призводять до загального збільшення попиту на медичну допомогу.

Проте багаті, які готові заплатити за медичну допомогу бідним, не хочуть витрачати час і сили для пошуку тих, кому ця допомога потрібна. Тому, у моделях із чисто ринковими відносинами в охороні здоров'я має місце недовикористання медичних послуг.

В зв'язку з цим постає питання про виділення частини прибутку багатих членів суспільства на медичну допомогу бідним. Це може бути зроблене за допомогою, наприклад, цільових внесків на медичне страхування, пропорційних прибутку. І цю роботу (забезпечення перерозподілу засобів від багатих до бідних, від здорових до хворих, від молодих до старих) бере на себе держава.

Існує думка, що простіше надавати бідним субсидії на оплату медичних послуг. Але оскільки медичні послуги - це товар, що може і не знадобитися, люди віддадуть перевагу витратам на більш очевидні блага, наприклад, харчування.

Не вирішують проблеми і застосування медичних ваучерів. Вони зосереджують у вигляді мертвого капіталу певні кошти в руках тих, хто на даний момент не потребує медичної допомоги, не дозволяючи скористатись НИМИ в разі необхідності і високої вартості послуг.

Асиметричний розподіл інформації між пацієнтом і лікарем

Оскільки в сфері охорони здоров'я інформація розподілена асиметрично між лікарями і пацієнтами, виникає питання, чи є лікарі ідеальними посередниками, які діють виключно в інтересах пацієнтів?

За своїми можливостями впливати на попит та поведінку пацієнтів роль лікарів унікальна. Таке явище має назву: попит, який стимулюється виробниками. Вважається, що лікар повинен надати пацієнту цілком необхідну інформацію для прийняття останнім власного рішення. Таким чином, лікар іноді може приймати рішення, виходячи з власних економічних інтересів, особливо при гонорарній системі оплати праці. Але також існує небажаний варіант прийняття рішень, коли пацієнт користується не міркуваннями медичної необхідності, а суб'єктивними, в тому числі економічними мотивами. У більшості випадків можна вважати, що для власних інтересів пацієнтів необхідне існування третьої сторони - страховиків (як приватної, так і державної форм власності).

Інша форма захисту інтересів пацієнтів - видача ліцензій лікарям, як форма гарантії певних знань та умінь, відповідно до встановлених стандартів.

14.5. Ціноутворення медичних послуг

Ціна - це грошове відображення вартості, ринковий параметр, що характеризує економічні відносини між продавцями і покупцями з приводу купівлі-продажу товарів і послуг. Ціна виконує такі головні функції:

- інформаційну;
- стимулюючу;
- регулюючу;
- розподільчу.

Система цін - це сукупність видів цін, взаємодія яких забезпечує ефективне функціонування ринкової економіки. Існує декілька груп цін на медичні послуги населенню.

Так звані *"бюджетні оцінки (або розцінки)"*. Це розрахункова вартість медичних послуг у нових умовах господарювання. Вони використовуються для здійснення взаємних домовленостей між закладами однієї території або підрозділами усередині одного закладу. Розмір "бюджетних оцінок" не залежить від розміру реальних витрат медичних закладів, а методи їх розрахунків характеризуються принципом "від загального до часткового", тобто загальний обсяг обмежених фінансових засобів розподілявся між лікувальними закладами за принципом: не скільки потрібно, а скільки можна їм дати для здійснення їх господарської діяльності. "Бюджетні оцінки (або розцінки)" не розпадаються на собівартість і прибуток, і тільки частково підходять для фінансування цільових бюджетних програм медичної допомоги.

Державні ціни на платні медичні послуги населенню (прейскурантні ціни). Вони використовувалися при наданні медичної допомоги на так званій госпрозрахунковій основі (термін "госпрозрахунок" поступово вилучається з

практики і замінюється на поняття "комерційна, підприємницька діяльність"). Вони діють як територіальні преїскурантні ціни і відрізняються від "бюджетних розцінок" тим, що включають типові фактичні витрати, розраховані на основі затверджених трудових і матеріальних норм, а також прибуток (15-30 відсотків від собівартості). Хоча в державні ціни на платні медичні послуги включається елемент прибутку, проте, немає жодного документа Міністерства фінансів України, що регулює норму рентабельності.

Договірні ціни на медичні і супутні їм послуги на замовлення організацій і підприємств. Ці ціни затверджуються прямими угодами між медичним закладом і організацією - замовником робіт. Виявляють себе як найбільш вільні в сьогоdnішній практиці.

Тарифи на медичні послуги з медичного страхування (МС). Ці тарифи відбивають грошові суми, що визначають рівень відшкодування витрат медичних організацій з виконання програми МС і структури цих витрат, причому собівартість і прибуток у структурі витрат також не виділяються, як і в "бюджетних оцінках".

Виділимо особливості тарифів.

- *Узгоджені тарифи*, які затверджуються (підписуються) керівниками закладів охорони здоров'я.

- *Тарифи* встановлюються тільки на ті види медичної допомоги, що надаються *в межах даної території*.

- *Тарифи* розраховуються на кожний із використовуваних об'ємних показників, до яких відносяться: *амбулаторне відвідування, пролікований хворий у стаціонарі, консультація, операція, діагностична лікувальна маніпуляція*.

- Структура тарифу характеризується такою класифікацією витрат: *поточні витрати + засоби на розвиток медичного закладу = загальні витрати*.

Таким чином, об'єктом фінансування стає пацієнт, група захворювань, послуга, виконавець даного виду медичної допомоги. На спеціалізовану медичну допомогу встановлюються індивідуальні тарифи. Треба відзначити, що робота з визначення тарифів у медичному закладі повинна мати постійний характер, відповідно до зміни фінансової ситуації в країні.

Вільні ціни на платні медичні послуги. Такі ціни формуються під впливом цілого ряду ринкових чинників:

- корисність послуги;
- прибуток покупця, споживача;
- кон'юнктура ринку;
- витрати;
- територіальні переміщення;
- якість послуги;
- реклама;
- ступінь ринкової орієнтації пацієнта, його компетентність тощо.

На таку ціну впливають закон попиту, закон пропозиції, закон конкуренції, закони грошового обігу, що діють на ринку медичних послуг, який розвивається.

У цілому *ціноутворення* - це процес формування цін, визначення їх рівня і пошук їх оптимального сполучення.

За допомогою ціноутворення вирішуються такі задачі:

- розширюється ринок збуту послуг охорони здоров'я;
- збільшується маса прибутку;
- забезпечується баланс попиту і пропозиції, обсягу грошей і обсягу послуг охорони здоров'я;
- створюються умови оптимальної пропорційності споживання і накопичення.

Механізм формування цін - це процес аналізу суб'єктами господарювання економічної ситуації і розробки на цій основі цінової політики, що забезпечує досягнення поставлених цілей. Він містить у собі такі головні елементи:

- *визначення мети* (стимулювання виробництва послуг охорони здоров'я, забезпечення збуту, максимізація прибутку, утримання ринку, вихід на ринок, забезпечення виживання закладу охорони здоров'я й ін.);

- *оцінка ринкової кон'юнктури і витрат* (досліджуються з боку попиту: корисність послуги, можливість її заміни, платоспроможність споживача, психологія споживача; *із погляду пропозиції*: види ринків, поведінка конкурента, прогноз можливої зміни цін; *із точки зору витрат*: досліджуються постійні витрати, перемінні витрати, валові витрати, швидкість зміни витрат, масштаб виробництва послуг);

- *пошук потрібного методу ціноутворення* (націнки до витрат, метод "відчуття цінності" послуги, метод ціни лідера, використання курсу валют й ін.); визначення підсумкової ціни, контроль за цінами.

Система регулювання цін являє собою сукупність регуляторів, що впливають на спрямування цін і забезпечують на цій основі сприятливі умови для ефективного функціонування ринкової системи. Вона включає такі елементи: саморегулювання, фірмове регулювання, державне регулювання.

Саморегулювання являє собою механізм вільного спрямування ринкових параметрів (насамперед попиту і пропозиції).

Регулювання на рівні фірми (підприємства) передбачає угоди про поділ ринків і рівні цін.

Державне регулювання - це цінове право, спостереження за цінами, непряме регулювання (маневрування податками, емісія грошей і ін.), пряме регулювання (фіксовані ціни, зниження цін і ін.), антимонопольне законодавство (заборона змови про ціни й ін.).

У зв'язку з цим, актуальним стає питання про ціни на платні послуги населенню, сформовані вільно з урахуванням економічних інтересів сторін. Ринок послуг охорони здоров'я завжди був регульованим із боку держави.

Розглянемо *правову основу існування платних медичних послуг у нашій країні*.

Стаття 6 Конституції України гарантує усім громадянам безкоштовну медичну допомогу. Проте, поряд із такою соціальною гарантією, існує добровільне медичне страхування, де можливо вільне встановлення ціни за узгодженням зі страховою компанією. Існують також договірні ціни, за своїм характером найбільш вільні на сьогоднішній день. Завжди існувала платна медична допомога, як результат діяльності так званих госпрозрахункових медичних закладів, хоча тут ціни були регульованими з боку держави. В даний час перелік платних медичних послуг встановлюється законом.

Аналізуючи ситуацію яка склалася, можна зробити загальний висновок: має місце тенденція до звільнення цін приватних установ від контролю держави. Документа, який би офіційно проголосив, що ціни на платні медичні послуги повинні бути регульованими, немає. Така послуга повинна бути надана населенню на умовах повної окупності витрат і приносити прибуток, що обов'язково оподатковується податком із прибутку. Цей податок регулюється Законом "Про податок із прибутку підприємств і організацій". Таким чином, бюджетні заклади поставлені в однакові умови з підприємствами, тобто вони мають прибуток як результат надання платних медичних послуг, і тому зобов'язані сплачувати податок із прибутку. При цьому робота на рівні собівартості, коли ціна дорівнює собівартості, може бути розглянута податковою інспекцією, як спосіб приховування прибутків і оподатковуватися штрафом.

Підприємницька діяльність передбачає, що прибуток обов'язково повинен бути закладений у ціні. У бухгалтерському обліку важливо мати спеціальний рахунок із відбитку прибутків, отриманих від реалізації платних медичних послуг населенню.

Виходячи з сказаного, структуру ціни можна охарактеризувати таким чином:

ЦІНА медичної послуги = СОБІВАРТІСТЬ + ПРИБУТОК + ПОДАТКИ

З чого ж складаються витрати, що включаються в собівартість, як визначити оптимальний рівень прибутку, рентабельності платних медичних послуг?

Виробника в ціні насамперед цікавить відшкодування витрат на виробництво медичної послуги, тобто витрати виробництва. Витрати поділяються на:

- постійні;
- перемінні;
- валові;
- інші витрати, які медичне підприємство вважає своїми витратами.

У зв'язку з цим загально визнано, що головним принципом при формуванні цін на ринку медичних послуг є витратний принцип утворення ціни. Відповідно до нього *ціна медичної послуги включає ціну витрачених на її здійснення ресурсів: робочої сили, ліків, матеріалів, устаткування, накладних витрат, обов'язкових відрахувань у бюджет і в позабюджетні фонди і т.п.* При цьому оцінка перерахованих витрат орієнтована на бюджетне фінансування, отже, ця оцінка занижена. Сучасний же підхід потребує відбивати в

ціні не фактичні витрати медичних закладів, а нормативні показники термінів і методів лікування захворювань, тобто не скільки коштів можливо витратити, виходячи з бюджету лікувального закладу, а скільки потрібно витратити по кожному закінченому випадку.

Як уже було сказано, традиційно до складу ціни включаються собівартість, прибуток і податки. Це відбивають бухгалтерські витрати. Проте, сучасна методика потребує зміни розрахунків в короткостроковому і довгостроковому періодах, тобто включення таких понять, як: "постійні", "перемінні", "середні", "валові", "альтернативні" витрати.

У тривалому періоді *постійних витрат* не існує. У короткостроковому періоді до них відносять витрати, що фірма несе, незалежно від обсягу платних медичних послуг: оклади вищого керуючого персоналу, амортизаційні відрахування, податок на майно підприємства, страхові внески тощо.

Перемінні витрати - це ті, що змінюються зі зміною обсягу реалізації платних медичних послуг: витрати на рекламу, на сировину, матеріали, паливо, електроенергію, витрати на заробітну плату найманих робітників і ін.

Валові витрати - це сума постійних і перемінних витрат.

Середні витрати показують, скільки витрачає лікувальний заклад на виробництво однієї медичної послуги, тобто вони розраховуються шляхом розподілу валових витрат на обсяг платних медичних послуг за визначений період часу.

Крім того, у ціні медичної послуги в сучасних умовах необхідно враховувати так звані "*альтернативні витрати*" (їх ще називають "витрати невикористаних можливостей"). Мова йде, наприклад, про заробітну платню лікаря, яку б він одержував, якби працював у прибутковій комерційній структурі. Саме розмір такої зарплатні варто включати в ціну медичної послуги, якщо заклад турбує проблема плинності кадрів.

Проте, на практиці усе ще широко використовується поняття *собівартості*. Витрати, що утворюють собівартість послуги, групуються відповідно до їх економічного змісту за такими елементами:

- витрати на оплату праці;
- відрахування на соціальні потреби;
- матеріальні витрати;
- амортизація головних фондів;
- інші витрати.

Варто зауважити, що на медичне устаткування, що знаходиться на балансі закладу, але не використовується у наданні медичних послуг на платній основі, амортизація не нараховується. Амортизаційні відрахування визначаються по укрупнених групах, виходячи з єдиних норм. Зношення м'якого обладнання і устаткування розраховується, виходячи з фактичної вартості нормативного терміну служби.

Проте, найважливішим елементом витрат є стаття собівартості "Заробітна плата персоналу". При вільному ціноутворенні потрібно закладати в собівартість медичної послуги той розмір заробітної плати, який би влаштував медичного робітника. Як правило, у структурі собівартості, якщо її прийняти за 100 %, цей елемент становить на практиці близько 30 % (у 80-х роках - 50 %).

Що стосується *рівня рентабельності*, прибутковості платних медичних послуг, то немає нормативних документів (а ті, що були, тепер скасовані), які б визначали цей рівень. Проте, виходячи зі світового досвіду, ми можемо сказати, що достатньо 10 % від собівартості (якщо останню взяти за 100 %). На практиці ж часто фігурує цифра 25-30 %. *Рентабельність* визначається як *відношення прибутку (у гривнях) до собівартості (у гривнях), помножене на 100 %*. Наприклад, ціна медичної послуги - 20000 грн., собівартість - 16000 грн., прибуток 4000 грн., виходить, рентабельність дорівнює 25 %.

Контрольні питання

1. Що обумовлює актуальність проблеми вивчення економічних проблем у галузі охорони здоров'я?
2. Дайте визначення поняття "економіка охорони здоров'я" та прокоментуйте його.
3. В чому полягає специфіка попиту населення на медичні послуги?
4. Стратегічні напрямки розвитку економіки охорони здоров'я в Україні.
5. Основні поняття та цілі планування системи охорони здоров'я .
6. Етапи процесу планування в системі охорони здоров'я.
7. Принципи збору, аналізу та використання інформації при плануванні системи охорони здоров'я.
8. Дайте визначенні понять: ринок, ринкова економіка.
9. Особливості ринку медичних послуг.
10. Особливості ціноутворення медичних послуг. Різновиди цін на медичні послуги.
11. Механізм і принципи ціноутворення медичних послуг.
12. Складові елементи ціни медичної послуги.

• боротьби з інфекційними, венеричними, психічними захворюваннями та туберкульозом.

Стаціонарну медичну допомогу населення США одержує в лікарнях, які поділяються на дві основні групи: федеральні, підвідомчі центральному уряду чи іншим федеральним відомствам, і нефедеральні, які належать урядам, адміністрації штатів, міським муніципалітетам, благодійним, релігійним організаціям, приватним власникам.

Найбільша частина лікарняних ліжок призначена для лікування хворих із психічними, інфекційними захворюваннями, туберкульозом і надання допомоги при пологах.

В американській медичній пресі останніх десятиліть дуже багато пишуть про надто високу вартість стаціонарної медичної допомоги та необхідність більш ефективного використання ліжкового фонду. Висока вартість стаціонарної медичної допомоги змушує скорочувати її об'єм. Ступінь зайнятості лікарняних ліжок становить 59 % і продовжує знижуватись.

Позалікарняну медичну допомогу населенню США майже повністю надають приватно практикуючі лікарі (приватною практикою займаються близько 65-70 % усіх лікарів). Прийом пацієнтів проводиться в приватних кабінетах або за системою так званої групової практики - в одному приміщенні приймають хворих кілька лікарів. Це в якійсь мірі дозволяє компенсувати відсутність поліклінік, полегшує умови оренди приміщень, дає можливість взаємних консультацій хворих.

Оплата медичних послуг здійснюється страховими медичними компаніями чи безпосередньо самими пацієнтами.

Протягом усього повоєнного часу дискутується питання про необхідність реформування системи охорони здоров'я США. Воно здійснювалось, перш за все, шляхом введення системи медичного страхування. На сьогодні в країні налічується близько 1800 страхових медичних організацій, найбільш відомі з них - "Синій щит" і "Синій хрест".

Медичне страхування є в основному *добровільним*. Воно охоплює майже 65 % американських громадян, переважна більшість яких застрахована тільки на окремі види надання медичної допомоги:

- лікарняної (80 % усіх застрахованих);
- хірургічної (75 %);
- на всі види медичної допомоги, крім хірургічної (60 %);
- на випадок втрати заробітку (20 %).

Майже 15 %, або близько 40 мільйонів американців, взагалі не користуються жодним видом медичного страхування та сплачують повністю вартість медичних послуг.

Важливим соціальним здобутком було введення в США двох пільгових систем надання медичної допомоги: "Медікейр" і "Медікейд".

Система "Медікейр" за рахунок додаткового оподаткування заробітної плати працюючих передбачає звільнення осіб 65 років і старших від оплати

лікарняної та частково позалікарняної допомоги (80 % вартості). Користуватися цією програмою мають право всі пенсіонери, незалежно від їх прибутку. Програма "Медікейр" є єдиною програмою медичного страхування, яка передбачає однакові правила та стандартний розмір виплат по всій території країни.

Програма "Медікейд" передбачає з державних коштів фінансування 50-80 % витрат на медичну допомогу незаможному населенню країни та інвалідам.

На сьогодні обома програмами охоплено близько третини населення США.

Значною проблемою для США є недостатня забезпеченість медичними кадрами, в першу чергу, лікарськими. У співвідношенні лікарів "вузьких" спеціальностей та загальної практики переважають перші, хоча потреби населення вимагають протилежного. В США медичні сестри відіграють велику роль у системі медичної допомоги. Коло їх обов'язків постійно розширюється, особливо при наданні первинної медико-санітарної допомоги.

Слід зазначити, що багатовідомча система управління охороною здоров'я істотно впливає на форми та методи надання медичної допомоги. До неї відносяться Американська медична асоціація, Американська лікарняна асоціація, Американська асоціація медичних коледжів.

В останні роки організація медичної допомоги набуває серйозних змін, перш за все, створюються великі багатопрофільні медичні заклади так званої "керованої медичної допомоги", які поєднують функції страхової медичної організації з функціями лікувального закладу. Наприклад, такий заклад може за попередньо встановленою щорічною сумою страхових внесків надавати широкий обсяг медичних послуг пацієнтам. Передбачається, що запровадження "керованої медичної допомоги" дозволить підвищити її якість і зменшити обсяг витрат на охорону здоров'я:

Заслужують на увагу значні досягнення американської медичної науки, перш за все, у вивченні найбільш актуальних проблем профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних, онкологічних, інфекційних і ряду інших захворювань, дуже активне впровадження сучасних комп'ютерних технологій для підвищення ефективності управління та обробки медичної документації; ефективні заходи щодо поліпшення використання лікарняного ліжкового фонду; організація досконалої системи науково-медичної інформації тощо.

Європейські економічно розвинуті країни

Європейські економічно розвинуті країни - такі як Франція, Німеччина, Скандинавські та Бенілюксу (Бельгія, Нідерланди, Люксембург) — мають спільну особливість: *переважною рисою їх систем охорони здоров'я є розвиток страхової медицини* (системи медичного страхування).

Наводимо дані про загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках від валового національного продукту в доларах на одного громадянина в деяких економічно розвинутих європейських країнах (табл. 1).

Таблиця 1

Витрати на охорону здоров'я в деяких країнах Європи (1993 рік)

Країна	Загальні витрати від валового національного продукту (%)	Витрати у розрахунку на одну людину в доларах з урахуванням купівельної спроможності національних валют
Швейцарія	9,9	2283
Франція	9,7	1835
Австрія	9,3	1777
Фінляндія	8,8	1363
Нідерланди	8,7	1531
Італія	8,6	1523
Норвегія	8,2	1592
Швеція	7,5	1266
Велика Британія	7,1	1213
Люксембург	6,9	1933
Данія	6,8	1296
Західна Європа в цілому	8,0	1337

Всі служби охорони здоров'я в європейських економічно розвинутих країнах поділяються на:

1. державні;
2. місцеві (муніципальні);
3. приватні.

Діяльність державних і місцевих служб охорони здоров'я координується і контролюється Міністерствами охорони здоров'я.

Держави беруть на себе такі функції в галузі охорони здоров'я:

- санітарну охорону кордонів;
- санітарно-протиепідемічну діяльність (на відміну від США, де відсутнє державне санітарне законодавство);
- контроль за діяльністю місцевих (муніципальних) служб.

У більшості економічно розвинутих країн Північної та Західної Європи система страхової медицини передбачає три *основних джерела оплати витрат на медичну допомогу*:

1. *Відрахування із заробітної плати застрахованих*: наприклад, у Франції та Німеччині щомісячні внески становлять від 6 до 12 % від заробітної плати.

2. *Відрахування з державного бюджету*: у Нідерландах - 10 %, у Німеччині - близько 20 %, у Скандинавських країнах від 20 до 50 %.

3. *Відрахування з прибутків підприємців* - 50 % у Німеччині - близько 15 % усіх коштів на медичну допомогу в решті країн.

Питома вага застрахованого населення в цих країнах становить 60-80 %. При наявності трьох названих джерел фінансування існують певні специфічні риси системи медичного страхування в тих чи інших країнах.

Для Німеччини, Нідерландів, Бельгії, Люксембургу, Австрії характерна так звана "Бісмаркова"* модель: страхові фонди створюються, головним чином, за рахунок обов'язкових внесків працівників або підприємств і є недержавними органами фінансового управління. Страхові фонди укладають угоди з лікувальними закладами, приватно практикуючими лікарями щодо обсягу і порядку надання медичної допомоги.

В решті країн, де основну частину фондів становлять бюджетні внески, передбачено жорсткий державний контроль за їх діяльністю.

Значний інтерес представляє розподіл ресурсів на охорону здоров'я в системі страхової медицини *Нідерландів*, досить типовій для європейських економічно розвинутих країн.

Частка *бюджетних* витрат на охорону здоров'я становить 10 %, *стільки ж* становлять особисті кошти громадян, *решту* - 80 % - *витрати з фондів медичного страхування*. Система медичного страхування складається з трьох частин. *Перша*, обов'язкова - це однакові внески працюючих і підприємців - для надання *допомоги хронічним хворим та інвалідам*. Друга частина - 20 % внесків працюючих і 80 % - підприємців - для *допомоги хворим з гострими захворюваннями*. Спеціальна лікарняна каса концентрує кошти і сплачує необхідні витрати на медичну допомогу. Для 65 % населення Нідерландів з рівнем прибутку нижчим 32,5 тис. доларів на рік допомога є безкоштовною, а для решти 35 % мешканців - платною. *Третя* частина системи медичного страхування - це *приватне (добровільне, додаткове) страхування*.

Система медичного страхування більшості економічно розвинутих європейських країн передбачає *компенсацію 80 % вартості* наданих *медичних послуг* і може здійснюватись двома шляхами:

1. Безпосередньо під час перебування хворого в стаціонарі чи візиту до лікаря з наступним поверненням 80 % грошової суми через страхові (лікарняні) каси.

2. Через страхові каси, куди хворий сплачує до 20 % вартості медичних послуг.

У європейських економічно розвинутих країнах *фонд лікарняних ліжок* розподіляється таким чином: у розпорядженні державних і місцевих (муніципальних) закладів охорони здоров'я від 55 до 75 %, релігійних і благодійних медичних закладів - до 30 % ліжок.

Позалікарняна медична допомога надається лікарями загальної практики, які ведуть прийом застрахованих у своїх приватних кабінетах, кабінетах групової практики та амбулаторних відділеннях при стаціонарах.

Дві останні форми роботи, як і в США, є спробою компенсувати відсутність в цих країнах поліклінік.

* Німецький канцлер Отто Бісмарк у 1881 р. вперше запропонував ввести систему медичного страхування.

Дві третини лікарів загальної практики займаються приватною практикою, незважаючи на те, що значна частина їх працює і в державних медичних закладах.

Слід також зазначити, що вартість окремих медичних послуг частково сплачується з кишені хворого:

- вартість рецепту (Франція, Німеччина, Скандинавські країни);
- перше чи наступні відвідування лікаря (Франція, Німеччина, Скандинавські країни);
- лабораторні дослідження, які коштують більше встановленого мінімуму;
- догляд за хворими з психічними захворюваннями, інвалідами тощо.

Незважаючи на соціально-економічні розбіжності, вивчення досвіду європейських економічно розвинутих країн у побудові системи медичного страхування набуває практичного значення в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в нашій країні.

Велика Британія

У Великій Британії в 1948 році було проведено *націоналізацію* медичних закладів з досить високою компенсацією їх вартості колишнім власникам.

Систему охорони здоров'я у Великій Британії можна характеризувати як *переважно державну* або, як її називають самі британці, *національну*. Вона базується на таких принципах:

- пріоритетна участь держави у витратах на охорону здоров'я;
- професійна незалежність лікарів;
- опора на "сімейного" лікаря;
- сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я.

Цілком безкоштовною для населення медичну допомогу вважати не можна.

Структура витрат на охорону здоров'я така:

- *державні кошти* — 85 %;
- *кошти соціального страхування* - 10 %;
- *особисті кошти населення* — 5 %.

На відміну від інших країн, національна система охорони здоров'я у Великій Британії має три сектори:

- місцеві органи і заклади охорони здоров'я;
- позалікарняна медична допомога;
- стаціонарна медична допомога.

Місцеві служби охорони здоров'я, підпорядковані муніципальним органам самоврядування, виконують такі основні функції:

- попередження інфекційних захворювань;
- вакцинація населення;
- надання соціальної допомоги хворим;
- допомога при пологах в домашніх умовах;
- організація жіночих і дитячих консультацій.

Позалікарняну медичну допомогу надають лікарі загальної практики, які працюють за принципом "сімейного" лікаря: обслуговують від 2000 до 3500 населення, яке добровільно їх обирає.

В останні роки в країні поширилась групова практика - 5-6 лікарів за певним графіком ведуть спільний прийом, обслуговуючи 10-20 тисяч населення і забезпечують колегіально проведення консультацій хворих.

З точки зору організації *лікарняної* допомоги Велика Британія поділена на 15 "*лікарняних*" районів, кожен з яких нараховує 3-4 млн. мешканців. Очолює район *лікарняна рада*, яка відповідає за організацію та планування стаціонарної допомоги. В свою чергу, кожна лікарняна рада об'єднує в цілому по країні 400 *лікарняних комітетів*, до складу яких входять лікарі, представники підприємств, профспілок і населення.

Протягом останніх десятиліть відбувається *реформування національної системи охорони здоров'я*, результатом якого стало:

- впорядкування системи управління;
- розробка стратегії планування;
- розширення приватної практики;
- збільшення асигнувань на стаціонарну медичну допомогу;
- збільшення асигнувань на проведення науково-дослідних розробок у галузі медицини та охорони здоров'я.

Контрольні питання

1. Управління системою охорони здоров'я у США.
2. Організація позалікарняної та лікарняної медичної допомоги у США.
3. Медичне страхування у США. Що уявляють собою програми "Медікейр" та "Медікейд"?
4. Організація служб охорони здоров'я у європейських економічно розвинутих країнах.
5. Особливості системи медичного страхування в європейських економічно розвинутих країнах.
6. Принципи національної системи охорони здоров'я у Великій Британії.
7. Розподіл та завдання служб охорони здоров'я у Великій Британії.
8. Організація позалікарняної та лікарняної медичної допомоги у Великій Британії.

Розділ 16. ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЇЇ РОЛЬ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) - одна з недержавних організацій ООН поряд із такими, як ЮНЕСКО - з питань освіти, науки та культури; ЮНІСЕФ — Фонд допомоги дітям; МОП - міжнародна організація праці; ФАО - організація з питань продовольства та сільського господарства.

Датою створення ВООЗ вважається день затвердження її статуту - 7 квітня 1948 року. З тих пір цей день щорічно відзначається як Всесвітній День Здоров'я, що проходить під девізом, найбільш актуальним для охорони здоров'я населення Землі.

ВООЗ є організатором і координатором міжнародного співробітництва з питань медичної науки та охорони здоров'я.

Мета ВООЗ визначена в її статуті: "Досягнення всіма народами якомога вищого рівня здоров'я". В статуті ВООЗ воно характеризується як стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів (вад).

Основні завдання ВООЗ:

- Координація міжнародної діяльності в галузі охорони здоров'я.
- Надання державам відповідної інформації.
- Надання допомоги з питань організації охорони здоров'я.
- Сприяння та розвиток зусиль у боротьбі з епідемічними, ендемічними та іншими хворобами, а також в охороні психічного здоров'я.
- Проведення спільних досліджень в галузі охорони здоров'я.
- Сприяння в підготовці медичних кадрів.

Міжнародними проблемами охорони здоров'я, крім ВООЗ, займається ще й *Всесвітня медична асоціація (ВМА)*, заснована в 1948 році, фінансується вона добровільними Національними медичними асоціаціями, які репрезентують понад мільйон лікарів усього світу.

Найвищим органом ВООЗ є *Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ)*, яка щорічно проводить сесії в Женеві, в Палаці Націй. У роботі сесії беруть участь делегації держав - членів ВООЗ, очолювані міністрами або директорами департаментів охорони здоров'я, а також радники та експерти. В проміжку між засіданнями сесій вищим органом є виконавчий комітет (ВК), сесії якого відбуваються двічі на рік. Поточну роботу веде секретаріат ВООЗ, очолюваний Генеральним Директором, який обирається на 5 років і є вищою посадовою особою.

На 51-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, в травні 1998 року, присвяченій 50-ій річниці ВООЗ, на посаду Генерального директора обрано колишню прем'єр-міністра Норвегії Гро Харлем Брундтланд. *Основні завдання ВООЗ* вона вбачає в здійсненні моніторингу зниження поширеності інфекційних хвороб, допомозі країнам у боротьбі з неінфекційними захворюваннями, створенні стабільних систем охорони здоров'я, здатних забезпечувати надання високоякісної медичної допомоги.

Для організації високого рівня наукової діяльності ВООЗ і застосування в її роботі сучасних досягнень медичної науки та практики велике значення має створення *експертно-консультативних рад, комітетів експертів* і дослідницьких груп. *Експертно-консультативна рада* — це група визнаних спеціалістів із різних країн по одній з широких дисциплін. Їх призначає Генеральний директор за пропозицією держав - членів ВООЗ і затверджує Виконавчий Комітет. Існує близько 50 експертно-консультативних рад, зокрема з онкології, серцево-судинної патології, імунології, медичної статистики, харчування, радіаційної медицини, вірусних захворювань, малярії, психогігієни, організації медичної допомоги, підготовки кадрів тощо.

Щоб надавати державам допомогу, враховуючи специфічні для них особливості, потреби з питань охорони здоров'я, створено регіональні бюро, кожне з яких має представників держав - членів ВООЗ даного географічного регіону.

Шість регіональних бюро ВООЗ керують діяльністю в: Європейському, Американському, Африканському, регіоні Західної частини Тихого Океану, Східному регіоні Середземного моря та регіоні країн Південно-Східної Азії.

Всього членами ВООЗ є 191 країна.

В *Європейському регіоні* проживає близько 870 мільйонів чоловік. Він охоплює територію від Гренландії до Середземного моря з півночі на південь і до Тихоокеанського узбережжя Росії на сході. До складу Європейського регіонального бюро (ЄБР) ВООЗ із штаб-квартирою в столиці Данії Копенгагені входить 51 країна, в тому числі 12 країн Східної та Центральної Європи, 15 нових незалежних держав на території колишнього СРСР з перехідною економікою від централізованого планування до ринкової економіки; 21 країна Північної, Південної та Західної Європи з розвинутою ринковою економікою, а також Турція та Ізраїль, у багатьох відношеннях відмінні від інших країн. З 1997 року до складу Європейського регіонального бюро ВООЗ увійшла Андорра.

Країни Європейського регіону істотно відрізняються за рівнем економічного розвитку. За основний критерій взято показник валового національного продукту (ВНП) на душу населення.

Несприятливі соціально-економічні умови, соціальні негаразди, міграція та війни в деяких частинах регіону негативно позначаються на стані здоров'я населення. Ось чому в роботі Європейського регіонального бюро ВООЗ особлива увага надається як проблемам, характерним для економічно високо розвинутих,

На 51-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, в травні 1998 року, присвяченій 50-й річниці ВООЗ, на посаду Генерального директора обрано колишню прем'єр-міністра Норвегії Гро Харлем Брундтланд. *Основні завдання ВООЗ* вона вбачає в здійсненні моніторингу зниження поширеності інфекційних хвороб, допомозі країнам у боротьбі з неінфекційними захворюваннями, створенні стабільних систем охорони здоров'я, здатних забезпечувати надання високоякісної медичної допомоги.

Для організації високого рівня наукової діяльності ВООЗ і застосування в її роботі сучасних досягнень медичної науки та практики велике значення має створення *експертно-консультативних рад, комітетів експертів* і дослідницьких груп. *Експертно-консультативна рада - це група визнаних спеціалістів із різних країн по одній з широких дисциплін.* Їх призначає Генеральний директор за пропозицією держав - членів ВООЗ і затверджує Виконавчий Комітет. Існує близько *50 експертно-консультативних рад*, зокрема з онкології, серцево-судинної патології, імунології, медичної статистики, харчування, радіаційної медицини, вірусних захворювань, малярії, психогігієни, організації медичної допомоги, підготовки кадрів тощо.

Щоб надавати державам допомогу, враховуючи специфічні для них особливості, потреби з питань охорони здоров'я, створено регіональні бюро, кожне з яких має представників держав - членів ВООЗ даного географічного регіону.

Шість регіональних бюро ВООЗ керують діяльністю в: Європейському, Американському, Африканському, регіоні Західної частини Тихого Океану, Східному регіоні Середземного моря та регіоні країн Південно-Східної Азії.

Всього членами ВООЗ є 191 країна.

В *Європейському регіоні* проживає близько 870 мільйонів чоловік. Він охоплює територію від Гренландії до Середземного моря з півночі на південь і до Тихоокеанського узбережжя Росії на сході. До складу Європейського регіонального бюро (ЄБР) ВООЗ із штаб-квартирою в столиці Данії Копенгагені входить *51 країна*, в тому числі *12 країн Східної та Центральної Європи*, *15 нових незалежних держав* на території колишнього СРСР з перехідною економікою від централізованого планування до ринкової економіки; *21 країна* Північної, Південної та Західної Європи з *розвинутою ринковою економікою*, а також Турція та Ізраїль, у багатьох відношеннях відмінні від інших країн. З 1997 року до складу Європейського регіонального бюро ВООЗ увійшла Андорра.

Країни Європейського регіону істотно відрізняються за рівнем економічного розвитку. За основний критерій взято показник валового національного продукту (ВНП) на душу населення.

Несприятливі соціально-економічні умови, соціальні негаразди, міграція та війни в деяких частинах регіону негативно позначаються на стані здоров'я населення. Ось чому в роботі Європейського регіонального бюро ВООЗ особлива увага надається як проблемам, характерним для економічно високо розвинутих,

так і тим, що постають перед новими суверенними державами Центральної та Східної Європи, колишнього Радянського Союзу.

Україна бере участь у роботі ВООЗ, маючи право дорадчого голосу. Співробітництво посилилось протягом останніх років, з часу проголошення суверенності нашої держави, незважаючи на те, що з 1992 року вона фактично є боржником ВООЗ.

Наша країна бере участь у програмі ВООЗ "Євроздоров'я", яка розпочалася з 1991 р. і спрямована на активне співробітництво та допомогу країнам Східної, Центральної та Південної Європи, республікам колишнього СРСР, що стали на шлях незалежного розвитку. Зокрема програма "Євроздоров'я" передбачає угоди за коротко-, середньо- та довгостроковими програмами. Так, за короткостроковими програмами Україні була надана допомога для боротьби з холерою.

За середньо- та довгостроковими програмами передбачена, зокрема, допомога у реформуванні системи охорони здоров'я, ліквідації поліомієліту тощо.

Щорічна фінансова допомога ВООЗ нашій державі становить 50 тисяч доларів.

Делегація України щорічно бере участь у Всесвітній асамблеї охорони здоров'я.

В м. Києві організовано бюро у зв'язках із ВООЗ, яке працює в тісному контакті з МОЗ України.

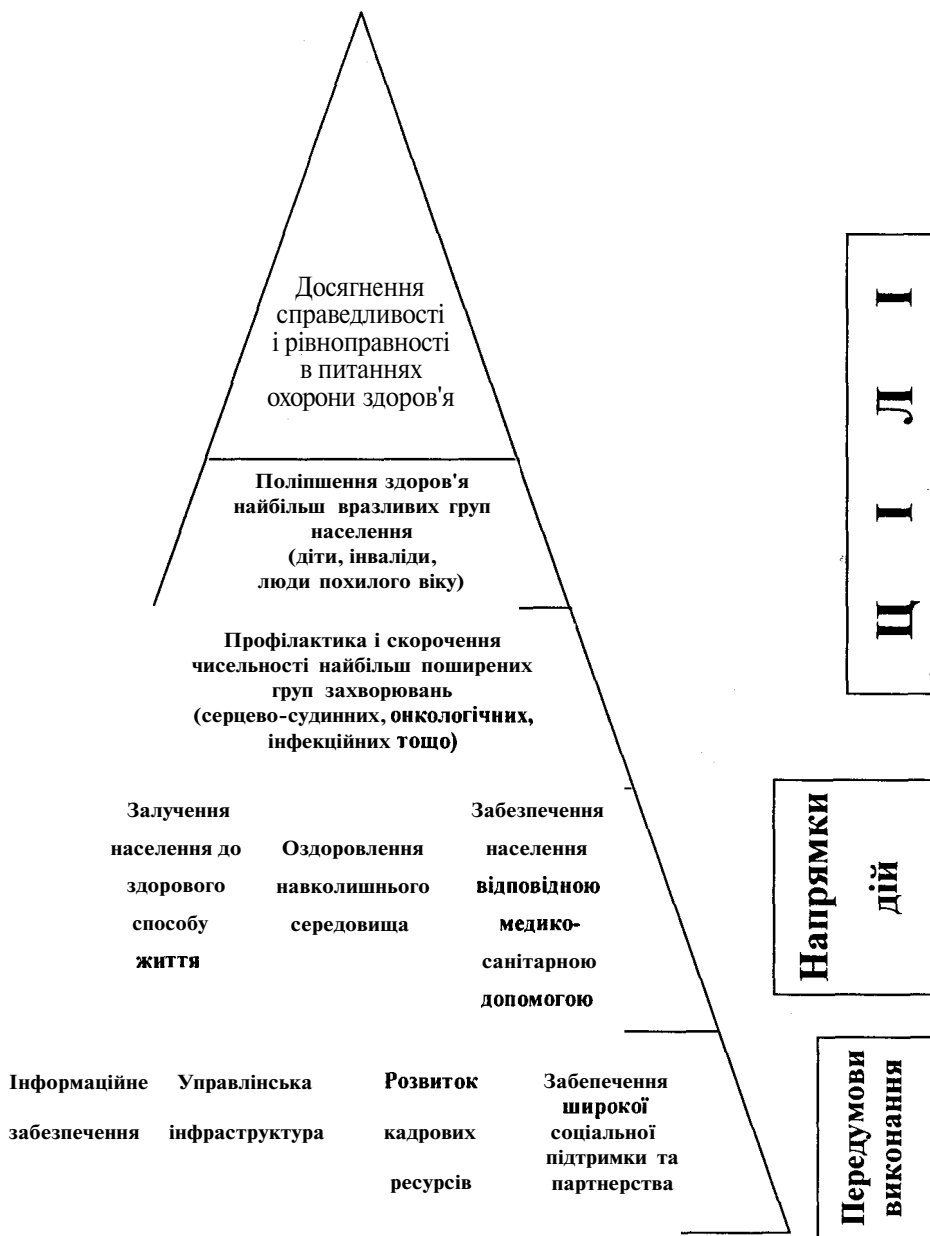
Для координації міжнародної діяльності в галузі охорони здоров'я ВООЗ на початку 80-х років було розроблено глобальну програму *"Стратегія досягнення здоров'я для всіх до 2000 року"*, яка з 1997 року отримала назву *"Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті"*.

Основною її метою є *"досягнення всіма жителями Землі такого рівня здоров'я, який дасть їм змогу вести життя повноцінне в соціальному та економічному відношенні"*.

В 1980 році вперше на сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ були затверджені основні положення "Європейської стратегії досягнення здоров'я для всіх", а в 1991 році держави - члени ЄРБ ВООЗ ухвалили остаточний варіант політики для країн Європи. *Основними цілями Європейської програми є:*

- *досягнення справедливості та рівних прав з питань охорони здоров'я для населення різних Європейських країн;*
- *зміцнення здоров'я найбільш вразливих груп населення (інваліди; особи похилого віку; діти; молодь; жінки; особи з хронічними захворюваннями) ;*
- *значне зменшення найбільш поширених захворювань (серцево-судинних, злоякісних новоутворень, травматизму, психічних, інфекційних).*

Для досягнення вказаних цілей передбачені певні дії та необхідні передумови (мал. 1).



Мал. 1. Основні цілі, напрямки дій та передумови виконання програми "Здоров'я для всіх" у Європейському регіоні.

Причинами, що спонукають до мети досягнення рівних прав в галузі охорони здоров'я, є досить велика різниця між показниками стану здоров'я населення різних країн Європейського регіону, різних груп населення в межах однієї країни. Так, у різних країнах Європи в значній мірі коливаються показники смертності немовлят. Середня очікувана тривалість прийдешнього життя

становить від 63 до 77 років. Серед населення з низькими прибутками 42 % страждають від хронічних захворювань, а серед населення з високими прибутками - 18 % .

Основні фактори, що зумовлюють такі відмінності:

- стреси на роботі та в побуті;
- неадекватна доступність медичної допомоги;
- поведінка, яка шкодить здоров'ю.

Програма "Здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" передбачає скорочення різниці в показниках здоров'я шляхом:

- впровадження моніторингу відмінностей у показниках між різними країнами та соціальними групами в межах кожної з них;
- забезпечення для всіх більшої доступності таких соціальних умов: належне харчування, житлові умови, освіта, медико-санітарна допомога;
- більша увага та допомога країнам, що знаходяться в найбільш несприятливих умовах.

До найбільш вразливих груп населення належать:

- інваліди;
- люди похилого віку;
- діти та молодь;
- жінки;
- особи з хронічними захворюваннями.

10 % населення Європи - близько 87 млн. - страждають від інвалідності.

Програма передбачає створення для інвалідів повноцінного в соціальному, економічному та психологічному плані життя шляхом підвищення рівня їх фізичних, соціальних і економічних можливостей.

Для виконання поставленої мети перш за все потрібно:

- сприяння позитивному відношенню до інвалідів у суспільстві;
- сприяння максимальній їх незалежності за допомогою реабілітації та соціальної підтримки;
- надання спеціальної допомоги не тільки інвалідам, але й тим, хто про них піклується.

Питома вага людей похилого віку в Європі вже досить значна і в 2000 році становитиме 20,2 %. Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) становить 64-74 роки для чоловіків і 69-81 рік для жінок. Передбачається, що на початок 21 століття вона становитиме 75 років: мінімальний показник для чоловіків - 67, для жінок - 74 роки.

Суттєвим є перенесення акценту з загального подовження СОТЖ на збільшення активного, повноцінного, вільного від хвороб і інвалідності життя для осіб 65 років і старших.

Зазначається, що виконання поставлених завдань стосовно інвалідів та осіб похилого віку буде можливим лише при спільних зусиллях закладів охорони здоров'я, місцевих територіальних служб і служб соціальної допомоги.

Діти та молодь в Європі становлять більше п'ятої частини населення. Поліпшення їх здоров'я - це *найцінніше капіталовкладення в майбутнє*. Шляхи його реалізації такі:

- суворе дотримання основних положень Конвенції ООН з прав дитини (1989 р.);
- організація систематичного нагляду за здоров'ям дітей та молоді, в т.ч. високоякісної допомоги вагітним, служби охорони здоров'я дітей дошкільного та шкільного віку;
- посилення пропаганди здорового способу життя серед дітей та молоді;
- особлива соціально-економічна та психологічна підтримка дітям та їх сім'ям, що мають несприятливі умови життя.

Здоров'я та соціальний стан жінок, порівняно з чоловіками, з огляду виконання ними репродуктивної функції викликає велику занепокоєність. Вона пов'язана з вищим, порівняно з чоловіками, рівнем захворюваності та безробіття, більш низькими прибутками і потребує детального розгляду в широкому контексті.

Особи, що страждають на хронічні захворювання (серцево-судинні, неврологічні, алергійні, хронічні респіраторні захворювання та діабет) також належать до найбільш вразливих категорій населення. Для *зниження показників захворюваності та інвалідності* від цих хвороб потрібно перш за все:

- створення досконалої *первинної медико-санітарної допомоги*;
- *спільні дії служб охорони здоров'я, соціального забезпечення* для підтримки як хворих, так і тих, що піклуються про них;
- створення *спеціалізованих центрів* з надання соціальної допомоги особам, що страждають на хронічні захворювання.

Однією з провідних цілей Європейської стратегії досягнення здоров'я для всіх у 21 столітті" є *профілактика та скорочення числа найбільш поширених і соціально значущих груп захворювань*, насамперед, серцево-судинних, злоякісних новоутворень, травм, психічних захворювань і самогубств, інфекційних захворювань.

Смертність від *серцево-судинної патології* серед осіб до 65 років становить 35 % всіх випадків смерті у чоловіків і 30 % - серед жінок, а у віці 65 і старших - відповідно 54 % у чоловіків і 60 % - у жінок.

Ці хвороби спричиняють одну третину всіх випадків інвалідності серед населення Європейського регіону. Відмінності в рівнях смертності серед населення до 65 років становлять від 70 до 256 на 100 тисяч населення у чоловіків і від 22 до 104 - серед жінок, а у віці 65 і старших розбіжності досягають 3-4 рази у чоловіків і 3-5 у жінок.

Найбільш ефективні *підходи для вирішення проблеми зниження смертності населення від серцево-судинних захворювань* такі:

- активне *заохочення до здорового способу життя* (перш за все попередження паління серед тих, хто тільки почав палити, та скорочення паління серед курців зі стажем; пропаганда збалансованого харчування);

- *забезпечення доступності для хворих ефективних методів діагностики та лікування;*
- *комплексна медико-соціальна допомога, в т.ч. фізична, психологічна та соціальна реабілітація, а також рекомендації щодо зміни поведінки та зменшення дії факторів ризику.*

Злоякісні новоутворення серед усіх причин смерті населення Європи у віці до 65 р. становлять 35 % у чоловіків і 40 % - у жінок. Рівні смертності мають діапазон коливань в різних країнах - у чоловіків у віці до 65 р. від 67 до 175 і в жінок - від 56 до 107 на 100 тисяч населення.

Збільшення загальної смертності від злоякісних пухлин обумовлено перш за все у чоловіків із захворюванням на *рак легенів* (1/3 всіх випадків смерті), у жінок на *рак молочної залози* у віці до 65 і після 65 років.

Програма передбачає такі шляхи зниження смертності від злоякісних пухлин:

- *активізація боротьби з палінням* (у чоловіків воно має тенденцію до зменшення, у жінок - навпаки);
- *впровадження автоматизованих реєстрів інформації про хворих на злоякісні новоутворення, як найбільш ефективного способу планування, управління та оцінки заходів щодо боротьби з ними;*
- *забезпечення доступності для хворих ефективних методів діагностики та лікування;*
- *запровадження скринінгу та подальшого лікування хворих на рак молочної залози і рак шийки матки, як найбільш ефективних засобів зниження новоутворень цих локалізацій.*

На *інфекційні захворювання* щорічно хворіє майже третина населення Європи. Особливе занепокоєння викликає зростання темпів числа ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Очікується, зокрема, що на початку 21 століття у Європі число ВІЛ-інфікованих досягне 1,5 млн. Поставлено завдання найближчими роками: ліквідувати спорадичні випадки поліомієліту, дифтерії, правця новонароджених; зменшити смертність від пневмонії та діарейних хвороб у дітей.

Виконання його можливе при забезпеченні *обов'язкової вакцинації* відповідних контингентів.

Значною проблемою для країн Європи є *травматизм*. Про це свідчать, зокрема, такі дані: одна третина всіх випадків смерті серед населення 15-24 р. обумовлена дорожньо-транспортним травматизмом, пов'язаним в значній мірі з вживанням алкоголю.

Скорочення показників інвалідності та смертності від травм передбачається досягти за рахунок *спільних дій дорожньо-транспортних, інженерних, медичних, освітніх, юридичних служб.*

Велике занепокоєння викликає зростання числа *психічних захворювань.*

В Європі не менше 5 % населення мають серйозні психічні розлади (неврози, функціональні психози), ще 15 % страждають від менш серйозних, але потенційно інвалідизуючих, психічних порушень.

Збільшується кількість *самогубств*: вони спричиняють 15 % випадків смерті серед підлітків і молодих чоловіків у віці від 15 до 24 р. і 19% - у віці від 25 до 34 р.; у жінок питома вага самогубств становить в цих вікових групах відповідно 12 і 14 %. Рівень самогубств в осіб 65 р. і старших перевищує показник в інших вікових групах. Ця проблема буде поглиблюватись разом із процесом старіння населення.

Причини збільшення числа самогубств:

- *стресовий спосіб життя* в сучасному світі;
- *послаблення сімейних зв'язків*, що призводить до зменшення соціальної підтримки та зростання соціальної ізоляції;
- *безробіття* протягом тривалого часу;
- *зростання соціального насильства*, проявом якого є збільшення числа навмисних вбивств.

Програма передбачає такі заходи щодо зменшення числа *психічних захворювань і самогубств*:

- *розвиток* всебічних *служб психічного здоров'я на місцевому територіальному рівні* з підвищенням ролі та участі в них первинної медико-соціальної допомоги;
- *розробка спеціальних освітніх програм* для категорій населення, яких безпосередньо торкаються кризи, безробіття, соціальна ізоляція;
- *розробка та впровадження на національному, регіональному та місцевому рівні спеціальних програм щодо попередження самогубств*;
- *забезпечення та розвиток більш гуманних форм надання допомоги психічним хворим і перехід від надання їм допомоги в спеціальних медичних закладах до обслуговування на місцевому територіальному рівні.*

Для досягнення справедливості та рівноправ'я в питаннях охорони здоров'я населення різних Європейських країн, поліпшення здоров'я його найбільш вразливих груп і зменшення числа найбільш поширених захворювань програма передбачає такі *напрямки дій*:

- *заохочення населення до здорового способу життя;*
- *оздоровлення навколишнього середовища;*
- *забезпечення населення відповідною медико-санітарною допомогою.*

Як зазначається в програмі, *здоровий спосіб життя* передбачає:

- *відсутність шкідливих звичок;*
- *достатню фізичну активність;*
- *збалансоване раціональне харчування;*
- *вміння справлятися зі стресами;*
- *здоровий сексуальний спосіб життя.*

Стратегія заохочення до *здорового способу життя* повинна опиратися на державну політику, що сприяє зміцненню здоров'я. Цьому в багатьох країнах заважають економічні інтереси деяких монополій з виробництва тютюнових і алкогольних виробів. Зокрема в країнах Європейського Союзу

їм виділяють державні субсидії. У США на виробництво тютюнових виробів державні субсидії становлять 1,5 млрд. дол. на рік.

ВООЗ пропонує країнам - членам ВООЗ такі *механізми державного регулювання політики заохочення населення до здорового способу життя:*

' спрямування державних субсидій на виробництво товарів і продуктів, що сприяють підтримці здорового способу життя;

- *контроль за рекламою шкідливих для здоров'я продуктів і виробів: алкогольних напоїв, тютюну тощо;*

- *контроль за експортом та імпортом продукції, що може мати шкідливий вплив на здоров'я;*

- *вдосконалення практики ціноутворення та оподаткування на споживчі товари, що полегшить вибір на користь здоров'я;*

- *сприяння пріоритетному субсидюванню на виробництво товарів і продуктів, що сприяють зміцненню здоров'я: свіжі овочі, фрукти, безалкогольні напої, товари гігієнічного призначення та для занять фізичною культурою.*

Крім державної політики, здоровому способу життя повинні сприяти *конкретні умови на виробництві, в сім'ї, школі*. Наприклад, у школярів слід виховувати почуття відповідальності за власне здоров'я. На виробництві роботодавець має дбати про задоволення працівників своєю працею.

З метою більш активного заохочення до здорового способу життя пропонується *забезпечити населення доступною інформацією*. Це треба зробити, перш за все, за рахунок переорієнтації системи медичної пропаганди у напрямку *перенесення акценту з вивчення впливу негативних факторів поведінки та шкідливих умов середовища на показ переваг, які забезпечує здоровий спосіб життя* в особистому, соціальному та економічному плані, адже виробники алкогольної та тютюнової продукції вміють представити шкідливий спосіб життя в привабливому світі, використовуючи засоби масової пропаганди.

Особлива увага надається *проблемі паління*. З нею безпосередньо пов'язують рак легенів, ішемічну хворобу серця, хронічний бронхіт і емфізему; низьку вагу новонароджених у матерів, що палять.

Європейська статистика свідчить, що більше мільйона чоловік на континенті щорічно вмирають від хвороб, пов'язаних з палінням. Згідно з прогнозом експертів ВООЗ, у найближчі роки, якщо не будуть прийняті жорсткі заходи щодо паління, воно стане причиною смерті більше 20 % населення Європи.

Для *скорочення вживання тютюнових виробів* пропонують такі заходи:

- *законодавчі та фінансові - підвищення цін на вироби та скорочення їх виробництва;*

- *скорочення та жорсткі обмеження на рекламу;*

- *збільшення вільних від паління місць перебування людей;*

- *економічний аналіз наслідків скорочення виробництва тютюнових виробів і пошук альтернативних джерел оподаткування виробництв.*

Оздоровлення навколишнього середовища - ОДИН ІЗ найважливіших напрямків стратегії досягнення здоров'я для всіх. З дією шкідливих факторів навколишнього середовища пов'язують такі захворювання, як рак, серцево-судинні, респіраторні, алергічні, порушення опорно-рухового апарату, репродуктивної функції, психічні, неврологічні, травми та нещасні випадки внаслідок аварій.

Шкідливі чинники навколишнього середовища, діючи одночасно з генетичними та біологічними, підсилюють їх ризик. Навіть незначне підвищення рівня того чи іншого негативного чинника навколишнього середовища може істотно позначитися на рівнях патології саме тому, що їх дія спрямована на велику кількість людей.

В 1989 р. було прийнято Європейську Хартію з охорони навколишнього середовища та здоров'я населення.

Основними шляхами оздоровлення навколишнього середовища визнані:

- забезпечення населення адекватними джерелами водопостачання;
- зниження небезпеки, пов'язаної з хімічним, мікробним і радіаційним забрудненням продуктів харчування;
- поліпшення якості атмосферного повітря з метою усунення загрози для здоров'я людини;
- розробка та запровадження ефективних систем знешкодження твердих відходів і знезараження ґрунту;
- забезпечення в населених пунктах умов для зміцнення здоров'я.

Велика увага надається здоров'ю *працюючого* населення, зниженню його захворюваності, інвалідності. В Європі протягом останніх років щорічно реєструють 10,6 млн. нещасних випадків на виробництві, з яких 21000 закінчується смертю. Професійна захворюваність становить 1,85 на 1000 працюючих. Звертає на себе увагу те, що не все працююче населення має змогу одержувати медичну допомогу безпосередньо за місцем роботи, особливо на невеликих підприємствах.

Основні заходи щодо поліпшення здоров'я працюючих:

- забезпечення переважній більшості первинної медико-санітарної допомоги безпосередньо за місцем роботи;
- особлива увага до жінок, які становлять майже половину всіх працюючих;
- покращання умов праці.

Забезпечення населення відповідною медико-санітарною допомогою - третій напрямок дій у стратегії досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні. Населення всіх країн повинно мати доступ до високоякісної медико-санітарної допомоги трьох рівнів: первинної (перший рівень), спеціалізованої (другий), вузькоспеціалізованої (третій).

У попередні десятиліття від 3 до 10 % валового національного продукту Європейських країн витрачалось на охорону здоров'я, з них три чверті - на стаціонарну допомогу.

Стратегія досягнення здоров'я для всіх у 21 столітті відводить основне місце *первинній медико-санітарній допомозі*. Вона задовольняє основні потреби

пацієнтів на місцевому рівні, є службою першого контакту, першою ланкою перед направленням на інші рівні. До неї належать сімейні, дільничні лікарі та медичні сестри, патронажні сестри, акушерки, логопеди, медичні сестри по догляду за психічними хворими, спеціалісти-дієтологи та фізіотерапевти.

До складу первинної медико-санітарної допомоги належать також служби для осіб з особливими потребами:

- *інвалідів;*
- *хворих, що потребують довгострокового лікування;*
- *людей похилого віку із слабким здоров'ям;*
- *хворих на термінальній стадії;*
- *тих, що знаходяться в несприятливих умовах (бездомні, самотні, безробітні).*

Служби спеціалізованої та вузькоспеціалізованої допомоги повинні діяти у випадках, коли за рівнем знань, медичної технології допомога не могла бути надана на первинному рівні. Це буде можливе лише за умов контакту між ними, з одного боку, та службами первинної медико-санітарної допомоги, а також територіальними службами соціальної допомоги, з другого, на до- та післягоспітальному етапах.

Критеріями ефективності медико-санітарної допомоги визнані:

- показники здоров'я пацієнтів;
- ступінь задоволення потреб населення;
- економічна ефективність лікувально-профілактичних заходів.

Основними передумовами для виконання програми ВООЗ "Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" визначаються:

- *високий рівень наукових досліджень у найбільш пріоритетних напрямках медичної науки та організації охорони здоров'я;*
- *формування систем інформаційного забезпечення за основними завданнями та напрямками дій, передбачених програмою;*
- *наявність оптимальної управлінської структури та системи підготовки медичних кадрів;*
- *розвиток партнерства в діяльності різних служб і організацій для досягнення цілей стратегії.*

До найбільш пріоритетних напрямків наукових досліджень віднесено вивчення:

- *причин відмінностей у стані здоров'я населення, методик їх оцінки;*
- *стереотипів поведінки та їх впливу на здоров'я;*
- *механізму заохочення населення до здорового способу життя;*
- *організаційних і управлінських аспектів надання медичної допомоги на різних рівнях;*
- *моделі виділення ресурсів (співвідношення державних і приватних джерел ресурсів) і їх розподілу між різними рівнями допомоги;*
- *оцінка ефективності систем підготовки кадрів, медичних технологій, діяльності служб охорони здоров'я.*

Саме на результатах науково-дослідних розробок передбачено створення таких *інформаційних систем*:

- ' *прогнозування майбутніх потреб і проблем охорони здоров'я;*
- ' *популяційних реєстрів з окремих хронічних захворювань (злоякісні новоутворення, серцево-судинні);*
 - *методів оцінки шкідливих факторів навколишнього середовища та факторів ризику на здоров'я;*
 - *співвідношення методів оцінки виділених ресурсів і ефективності одержаних результатів у галузі охорони здоров'я.*

Для поліпшення *управління галузю* передбачається розвиток широкого *партнерства* органів і закладів охорони здоров'я з міждержавними організаціями, міністерствами, відомствами, місцевими органами самоврядування, профспілковими та громадськими організаціями.

Новою тенденцією в розвитку партнерства визнається *залучення парламентаріїв* до процесу прийняття рішень, а також *участь голів урядів* у формуванні політики в галузі охорони здоров'я.

Важливу роль у виконанні програми відіграє удосконалення *системи підготовки медичних кадрів*. Провідними кадровими проблемами в галузі охорони здоров'я в європейських країнах є: 1) *перенасиченість*, яка в деяких країнах призводить до скорочення числа студентів медичних вузів; 2) *надмірна спеціалізація*; 3) *недостатньо ефективне використання спеціалістів*.

Система медичної освіти в більшості країн Європи базується на знаннях з біологічних і медичних дисциплін, недостатньо уваги приділяється соціально-економічним та іншим дисциплінам, що мають безпосереднє відношення до здоров'я населення. Наприклад, проблеми СНІДу, наркоманії мають розглядатись комплексно: в медичному, психологічному, юридичному та соціальному аспектах.

Програма удосконалення системи підготовки медичних кадрів передбачає також необхідність прищеплювати студентам медичних вузів навички управління, розвитку в них лідерських якостей, вміння застосовувати бригадні методи роботи та співробітництва із спеціалістами з інших галузей, а не тільки з медиками.

Слід, нарешті, розробити необхідні механізми посилення дії етичних факторів і вимог при прийнятті рішень щодо здоров'я населення.

Так, у загальних рисах, постає перед нами стратегія ВООЗ "Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" в Європейському регіоні.

Важливою складовою частиною програми є регулярний моніторинг і оцінка ефективності її виконання раз у шість років у кожній країні та в усьому регіоні. Матеріали цих оцінок використовуються в країнах-учасницях, перш за все на національному рівні, для корегування подальших дій. Вони вносяться у глобальний оціночний звіт щодо ефективності виконання програми. Остання, третя оцінка, була проведена в 1996-1997 роках. Результати її показали, що розрив у соціально-економічному становищі та показниках здоров'я населення

між країнами східної і західної частин Європейського регіону продовжує зростати.

Найбільш актуальними проблемами в галузі охорони здоров'я в нових незалежних державах на території колишнього Радянського Союзу та деяких країнах Східної та Центральної Європи є поліпшення демографічної ситуації, зменшення захворюваності. Життєвий рівень більшої частини населення вказаних країн, зокрема осіб старшого віку в сільських районах, знижується. В результаті незадовільних житлових умов, недостатнього харчування та погіршення роботи служб медико-санітарної допомоги створюються умови, що загрожують здоров'ю багатьох мільйонів людей.

Результати оцінки, за даними 1996-1997 років, показали, що в Україні на цей час не вдалося досягти повного виконання жодного із завдань програми, у зв'язку з:

- погіршенням соціального та матеріального стану населення;
- відсутністю державно налагодженої системи стимулювання здорового способу життя;
- недостатнім фінансуванням охорони здоров'я.

В той же час, досвід Західної Європи показав, що комплексні програми щодо зміцнення здоров'я населення та профілактики захворювань дають позитивні результати, про що, зокрема, свідчить стала тенденція до зростання в них середньої тривалості життя, істотне зниження показників дитячої та материнської смертності.

В травні 1998 року в рамках урочистостей з нагоди 50-ї річниці ВООЗ було проведено форум керівників держав і урядів, присвячений програмі "Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті". Результати роботи форуму дозволять істотно посилити ефективність її виконання.

В резолюції форуму були сформульовані *найбільш актуальні проблеми* в галузі охорони здоров'я на наступне століття:

- *боротьба з інфекційними хворобами;*
- *зміцнення первинної медико-санітарної допомоги;*
- *оздоровлення навколишнього середовища;*
- *зміцнення партнерства з питань охорони здоров'я;*
- *пропаганда здорового способу життя.*

Контрольні питання

1. Основні завдання ВООЗ.
2. Організація та управління діяльністю ВООЗ.
3. Організація роботи Європейського регіонального бюро ВООЗ.
4. Участь України в роботі Європейського регіонального бюро.
5. Основні цілі європейської програми "Досягнення здоров'я для всіх у 21 столітті".
6. Основні напрямки дій щодо здійснення вказаної програми.
7. Шляхи поліпшення інформаційного забезпечення виконання програми.
8. Результати моніторингу щодо здійснення програми для країн Східної та Центральної Європи.

Розділ 17. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ

Проблемам *медичної етики та деонтології* присвячена велика кількість робіт, у яких розглядаються взаємовідносини лікаря та хворого, лікаря та суспільства, а також стосунки між медичними працівниками.

Людина, що вирішила присвятити себе медицині, повинна не тільки оволодіти професією, але й мати особливе вміння спілкуватися, реагувати на чужий біль, бути готовим усе життя невтомно боротися за здоров'я людини.

Природно, що на різних етапах історії проблеми етики в медицині вирішувалися по-різному. В сучасних умовах, коли громадськість, засоби масової інформації піддають медицину, і насамперед її практичну діяльність, критиці, коли лунають голоси про кризу довіри до неї, падіння престижу лікарської професії тощо, проблеми етики, проблеми моральності професії лікаря набувають особливої гостроти й актуальності.

Навіть цілком засвоївши програму медичного вузу, можна не стати хорошим лікарем, адже знання й вміння не одне й те саме. Сучасному суспільству потрібні лікарі, що поєднують у собі міцні фахові знання з моральними принципами професії.

На відміну від інших наук, *медицина тісно пов'язана з долею людини, її здоров'ям і життям*. Звідси випливають і особливі моральні якості лікаря. Найбільш точно їх визначає поняття "гуманізм". Оскільки людина - найвища цінність у світі, гуманізм у медицині становить її етичну основу, мораль, яка сприяє розвитку особистості лікаря.

Етикою з часів Арістотеля називається наука, що займається визначенням моральної цінності людських прагнень і вчинків. Відповідно до цього, вчинки, що мають позитивну моральну цінність, називають етичними (моральними, гідними, позитивними), а позбавлені цієї цінності - неетичними (аморальними, негідними). *Етика - наука про мораль і моральність*.

Мораль - одна з форм суспільної свідомості. Вона багато в чому визначає моральні вчинки та поведінку особистості, її суспільне призначення. Вміння виділити моральний сенс у явищах, подіях нашого життя та підпорядковувати свою поведінку моральним законам - ось суть морального розвитку особистості. Дотримання норм моралі забезпечується силою суспільного впливу, традиціями й особистою переконаністю людини.

Мораль як форма суспільної свідомості та етика як теорія моралі, що дозволяє науково обґрунтувати ту чи іншу систему розуміння добра, зла, совісті, честі, справедливості, змінюються в процесі розвитку й відбивають інтереси суспільства.

Головні принципи етики й моралі формують особливі риси фахової, зокрема, медичної етики.

Етика лікаря — це частина загальної етики, яку можна визначити як науку про моральну цінність вчинків і поведінку лікаря в сфері його діяльності.

Лікарська етика містить у собі сукупність норм поведінки й моралі, обумовлює почуття фахового обов'язку, честі, совісті та гідності.

Фахова мораль лікаря підпорядкована цілям охорони здоров'я та життя людини. Звідси й відомий етичний принцип: "Non possumus" ("не зашкодь"). Лікарська етика вимагає бачити в пацієнтові насамперед хворого.

В Женевській декларації від імені лікаря, що приступає до фахової діяльності, проголошується таке: "Я не допущу того, щоб міркування релігії, національності, раси, партійно-політичної належності чи соціального стану заступали від мене мій обов'язок і мого пацієнта".

Про те ж говорять і безсмертні рядки "Клятви Гіппократа": "В який би дім я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далеким від усього навмисного, несправедливого, згубного".

Незалежно від соціально-суспільних форм, обов'язковою умовою успішного лікування завжди було й залишається дотримання певних морально-етичних норм у взаємовідносинах лікаря та хворого.

Зупинимося на деяких з них в плані історичного розвитку. Серед безцінних пам'яток культури минулого, що відтворюють розвиток етики в медицині, особливої уваги заслуговують древньоіндійські трактати, твори видатних лікарів і філософів Стародавнього Сходу, Стародавніх Греції та Риму.

Проте, якщо праця лікаря й оцінювалась високо в ті часи, то його невдачі каралися дуже суворо. Кодексом царя Хамурапі передбачалася сплата грошового штрафу або навіть відсікання руки за серйозну помилку. В Стародавній Індії існували певні правила поведінки лікаря з пацієнтами в передопераційному та післяопераційному періодах, помираючими хворими та їх родичами. Велика увага надавалась відбору майбутніх лікарів, методам їх психологічної та моральної підготовки.

Глибоке гуманістичне розуміння ролі медицини в зміцненні здоров'я відтворено в пам'ятці древньокитайської медицини - книзі Хуан ді Нэй-дзиня "Про природу та життя".

В ній були зроблені перші спроби визначення головних правил поведінки лікаря в практичній діяльності.

В Древньому Китаї дуже високо цінували подвиг лікаря в ім'я хворого. Про це красномовно свідчить прислів'я тих часів: "Врятувати одне людське життя краще, ніж побудувати семиповерхову пагоду". Не випадково великі лікарі минулого залишили пам'ять про себе, яка пережила сторіччя.

В усіх країнах, починаючи з рабовласницької епохи, *особистість лікаря вважалася однією з найбільш шанованих*. Часто він набував ореолу великого та всемогутнього, наділеного Богом неземними можливостями. Не випадково найбільш відомі серед них обожнювалися. Це, перш за все, легендарний

грецький лікар Асклепій - батько дочок Гігієї - покровительки здоров'я та Панакеї - покровительки лікувальної медицини.

Найвидатніший лікар давнини Гіппократ першим спробував систематизувати правила медичної етики. В своїй славнозвісній "Клятві", в книгах "Про лікаря", "Про благопристойну поведінку", "Про мистецтво", в "Афоризмах", написаних близько двох з половиною тисяч років тому, він створив кодекс моральних норм для медичних працівників.

Під впливом ідей Гіппократа в Стародавній Греції виняткову увагу надавали моральному образу лікаря. Норми його поведінки були сформульовані відповідно до існуючих у той час знань про людину та її здоров'я ("Клятва Гіппократа").

Протягом багатьох століть "Клятва Гіппократа" була мірилом високих моральних принципів лікаря, а головні її положення не втратили свого значення й у наші дні. Висловивши щонайкраще гуманну сутність медичної професії, вона вплинула на розвиток лікарської етики в подальшому.

На основі її заповідей випускники медичних факультетів європейських університетів давали урочисту обіцянку. В *університетах Росії* була розроблена "*Факультетська обіцянка*" такого змісту: "Приймаючи з глибокою вдячністю надані мені наукою права лікаря та усвідомлюючи усю важливість обов'язків, покладених на мене цим званням, я даю обіцянку протягом усього свого життя не затьмарювати честь співтовариства, в яке нині вступаю. Обіцяю повсякчас допомагати, за кращим моїм розумінням, стражденним, які звертаються за моєю допомогою, свято берегти довірені мені сімейні таємниці та не вживати на зло довіру, що мені надається. Обіцяю продовжувати вивчати лікарську науку й сприяти всіма силами її процвітанню, повідомляючи ученому світу все, що відкрию... Обіцяю бути справедливим до своїх товаришів лікарів і не ображати особистості, проте ж, якби того зажадала користь хворого, говорити правду прямо і без лицемірства".

В роботах Гіппократа багато уваги приділено нормам взаємостосунків між лікарями, які повинні бути підпорядкованими інтересам здоров'я хворого. Якщо лікар не впевнений у діагнозі чи лікуванні, він зобов'язаний порадитись зі своїми колегами.

Гідними продовжувачами гіппократівського гуманізму були Еразистрат з Александрії, лікарі Стародавнього Риму - насамперед Асклепіад, Гален, Цельс. Закликаючи наслідувати заповіді вчителя, вони додатково висунули цілий ряд моральних вимог. На їхню думку, *мистецтво лікаря* визначається *трьома найважливішими чинниками - хворий, хвороба та майстерність лікаря*. Перемога над хворобою можлива тільки за умови єдності лікаря та хворого. Якщо хворий не сприяє лікарю в його зусиллях і не виявляє волі до одужання, його організм гірше чинить опір хворобі.

Багато важливих для лікування рекомендацій етичного та психологічного характеру міститься в працях великого таджицького лікаря Ібн Сіни (Авіцени),

особливо в його знаменитому "Каноні лікарської науки", що отримав світове визнання. Його головна моральна ідея - гуманізм. Вона започаткована вже в першому положенні "Канону", присвяченому визначенню завдань медицини. "Я стверджую: медицина - наука про пізнання стану тіла людини, оскільки воно здорове чи втратило здоров'я, для того, щоб зберегти здоров'я чи повернути його, якщо воно втрачене". Авіцена також надавав великого значення необхідності заспокоїти хворого, зняти почуття страху, підняти його настрої.

Ідеї гуманізму в медицині були широко поширені й у Росії. Суворі морально-етичні вимоги до лікарів знайшли свій відбиток у ряді державних документів.

Російська та українська дорадянська медицина дали світу цілу плеяду передових вчених і лікарів-демократів. Своєю фаховою та суспільною діяльністю вони продемонстрували вірність моральним ідеалам лікаря та громадянина.

Яскравим свідченням цього може бути праця прогресивних земських лікарів. Вони були зразком високої моральності, демократизму та професіоналізму й завоювали повагу не тільки на батьківщині, але й за кордоном.

У багатьох країнах Європи медики намагались запозичити їхні методи організації медичної допомоги за дільничним принципом в умовах сільської місцевості, високий професіоналізм і універсалізм.

Ще наприкінці XIX ст. на медичних з'їздах і конференціях у різних країнах неодноразово обговорювались питання медичної етики та деонтології в діяльності лікаря. В другій половині XX ст. цим питанням стали надавати значно більше уваги, про що свідчать прийняті декларації і кодекси.

Так, у 1948 р. 2-ою генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації в Женеві була прийнята *"Женевська декларація лікаря"*, в 1949 р. у Лондоні - міжнародний *Кодекс Медичної етики*. В наступні роки до них було внесено ряд поправок і доповнень.

Своє практичне відтворення етика медичного працівника знаходить у конкретних моральних принципах, що визначають ставлення до хворої людини в процесі спілкування з ним, його родичами тощо. *Моральний кодекс* прийнято визначати терміном "*деонтологія*" від грецького deon - обов'язок і logos - навчання. Таким чином, деонтологія - це вчення про обов'язок лікаря, сукупність етичних норм, необхідних для виконання його фахових обов'язків. Іншими словами, *деонтологія* — це *практичне втілення морально-етичних принципів* у діяльність лікарів, середнього медичного персоналу. Вона спрямована на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування.

Медична деонтологія, регламентуючи діяльність фахівців під кутом зору інтересів хворого, містить у собі різноманітні аспекти його роботи, починаючи з етичних, моральних принципів і закінчуючи правовими питаннями в конфліктних ситуаціях. До сфери лікарської деонтології входять питання, пов'язані з:

- лікувальною тактикою;
- взаємовідносинами лікаря та хворого;
- поняттям про лікарську таємницю;

- колегіальністю лікарів тощо.

Таким чином, медична етика розглядає всю сукупність моральних чинників, якими керуються медичні працівники в усіх сферах матеріальної, духовної діяльності, спрямованої на задоволення потреби суспільства та людини в збереженні та зміцненні здоров'я.

Існують поняття "загальна деонтологія" та "спеціальна деонтологія". Відомий онкохірург Н.Н. Петров у книзі "Питання хірургічної деонтології" вперше сформулював принципи медичної деонтології в галузі хірургії.

Кожен лікар, незалежно від фаху, повинен бути ознайомлений як із загальною, так і зі спеціальною деонтологією, оскільки вони доповнюють одна одну, створюючи єдине уявлення про проблеми медичної деонтології загалом.

Значимість медичної етики та деонтології в сучасний період особливо посилюється під впливом науково-технічної революції з процесами диференціації та інтеграції, розвитком нових галузей медичних знань, бурхливим насиченням медицини апаратурою, складною технікою для діагностики та лікування. В зв'язку з цим, все більш складними й опосередкованими стають зв'язки між лікарем і хворим. Створюються, на жаль, об'єктивні можливості для знецінювання індивідуального підходу до хворого.

Попри все, при позитивному значенні науково-технічного прогресу головне все-таки не сила, а розум і серце. На це звертає увагу й Всесвітня організація охорони здоров'я, вказуючи, що сенсом існування медицини була й продовжує залишатися хвора людина.

Лікар повинен завжди пам'ятати, що технічні досягнення та спеціалізація не повинні заступати й применшувати особистість хворого. Медицина була й завжди буде медициною особистості.

Психологічні аспекти діяльності лікаря

Праця лікаря, як специфічне суспільне явище, має свої особливості. Насамперед вона передбачає процес взаємодії людей. Об'єктом праці лікаря, як і педагога, є людина, знаряддям праці та її результатом - також людина.

Потрібно не тільки дотримуватись таких етичних категорій, як обов'язок, совість, справедливість, любов, але й розуміти людей, мати знання в галузі психології. Без цього не може бути й мови про ефективність деонтологічного впливу на хворого.

Важливою особливістю вітчизняної медицини вже на етапі її становлення стало розуміння значення психології хворого в процесі перебігу захворювання.

Один із піонерів російської клінічної медицини М.Я. Мудров у книзі "Слово про спосіб учти й учитися медицині", виданій в 1820 р., говорив молодому лікарю: "Тепер ти випробував хворобу і знаєш хворого, але знай, що і хворий тебе випробував і знає, який ти. З цього ти можеш зрозуміти, яке потрібно терпіння, розсудливість і напруження розуму біля ліжка хворого, щоб виправдати всю його довіру та любов до тебе, а це для лікаря найважливіше".

На щастя, серед лікарів є справжні психологи, що стали ними, головним чином, інтуїтивно, завдяки своїм особистим морально-етичним якостям і великому досвіду спілкування з хворими. Проте, це не означає, що для спілкування з хворими достатньо володіти тільки інтуїцією чи досвідом. Крім них, лікарю потрібна ще й спеціальна підготовка.

Відомо, що *професія лікаря є творчою*. Фахівець не може догматично користуватись визначеними постулатами й розпорядженнями, без огляду на характер розвитку захворювання, психологічні, інші чинники та причини. Перед лікарем у кожному конкретному випадку виникають завдання, що потребують для вирішення самостійного мислення й уміння передбачати наслідки своїх дій.

Одні й ті ж самі прийоми деонтологічного впливу, ефективні при використанні одним лікарем, можуть бути цілком неприйнятними або малоприйнятними для іншого. В цьому й полягає один із найважливіших психологічних аспектів лікарської діяльності. На справжню творчу працю спроможний не кожен. Тому при виборі професії лікаря дуже важливою є фахова орієнтація.

Варто пам'ятати, що спілкування - найважливіший елемент процесу лікування та психологічного впливу на хворого. Шкода, що деякі лікарі та медичні сестри цього недооцінюють, про що свідчать скарги хворих на медичний персонал, а також різноманітні етичні проблеми, що часто виникають через відсутність необхідних психологічних знань і практики спілкування з хворим.

Лікар зустрічається з різноманітними життєвими позиціями, знаходиться з хворими в складних психоемоційних взаємовідносинах.

Відомий терапевт і психолог Р.А. Лурія ввів поняття "внутрішня картина хвороби", за яким можна визначити переживання хворого, оцінити симптоми хвороби та перспективу одужання. Автор підкреслював, що лікар повинен вивчити цю картину при клінічному обстеженні, щоб скласти вірне уявлення про особистість хворого.

Зупинимось на деяких аспектах психології хворого, медичного колективу, особистості лікаря.

Психологія вчить, що людина - це не тільки організм, але й особистість. Тому слід враховувати всі її особливості як при лікуванні, так і в процесі попередження захворювань. Більш того, виникнення ряду хвороб, як психогенного, так і соматичного характеру та їхнє виліковування безпосереднім чином пов'язані з особливостями особистості, а іноді навіть ними визначаються.

Для успішного лікування велике значення має взаєморозуміння лікаря та хворої людини. Необхідно розглядати її як особистість, що посідає певне місце в суспільстві, колективі, групі, визначити, як склалися взаємовідносини з людьми, сформувався психологічний статус. Адже людина, як відомо, особистістю не народжується. З'являючись на світ як індивід, вона згодом стає нею.

Говорячи про особистість, ми маємо на увазі неповторне сполучення її психологічних якостей, що включають характер, темперамент, мотиви поведінки, соціальний досвід (знання, навички, уміння) і т.ін.

І.М. Сеченов вважав, що будь-яка хвороба змінює психологію людини. Кожне захворювання впливає не тільки на фізичний стан, але й на психіку хворого, позначається на його становищі в сім'ї, товаристві, на роботі.

Відомо також і те, що люди по-різному ставляться до своїх захворювань. Одні охоче розповідають про них, перебільшують скарги, виявляють підвищену увагу до свого стану, шукають співчуття (екстравертний тип реагування), інші, навпаки, неухважні до свого здоров'я, занадто мало значення надають часом небезпечним для життя симптомам, замикаються в собі (інтравертний тип реагування). Особливо чітко ця розбіжність виявляється стосовно однієї й тієї ж хвороби у людей із різними характерологічними особливостями. Так, навіть незначні захворювання в осіб із тривожно-недовірливим характером викликають вкрай важкі страждання, а у вольових і рішучих людей вони зовнішньо ніяк не проявляються.

Індивідуальність хворої людини виявляється й у ставленні до свого лікаря, до призначених ліків. В промові, присвяченій пам'яті С.П. Боткіна, І.П. Павлов говорив: "Скільки разів доводилось чути від його учнів-клініцистів сумне визнання, що ті ж рецепти і, очевидно, у подібних випадках були недейсними в них, роблячи чудеса в руках учителя."

Вивчаючи не тільки хворобу, але й особистість пацієнта, лікар повинен враховувати роль основних рис його характеру та душевного складу у формуванні картини захворювання, найбільш сильні психотравмуючі хворого чинники. З огляду на це лікар повинен бути спостережливим, уміти помічати в людях і в явищах важливі, але малопомітні, на перший погляд, особливості.

Одним із чинників сильного психологічного впливу на хворого є біль, який часто сприймається як сигнал небезпеки, загроза життю.

Боротьба з ним не повинна обмежуватися одним лише застосуванням знеболюючих препаратів. Адже медичний персонал повинен допомагати хворому скоротити тривожне чекання, зменшити страх перед болем, усунути супутні невротичні реакції. Для цього можна використовувати різноманітні підбадьорливі, відволікаючі та заспокійливі засоби.

Значно впливає на психічний стан хворого перебування в стаціонарі, особливо тривале.

Ефективність лікування залежить від уміння лікаря допомогти хворому сконцентрувати і спрямувати силу та волю на подолання життєвих труднощів, важких ситуацій. Проте, для цього потрібно щоб лікар не тільки знав особливості психології особистості, але й сам мав певні психологічні якості.

При зустрічі з хворим лікар насамперед має справу не з захворюванням, а з його відображенням у психіці хворого (розповідь, скарги). Дійсно, чи можна визначити причини захворювання, особливо пов'язаного зі стресом, нервово-психічною перенапругою, якщо не проникнути в душу людини, її внутрішній світ. Чи можна скласти повну картину того, що сприяло захворюванню, якщо не дізнатись, що пережив хворий до цього. Зрозуміло, ні. Адже,

як справедливо зазначає І.В. Давидовський, до лікаря приходять не хвороба, а хвора людина.

На жаль, далеко не завжди лікарі звертають увагу на особливості психологічного стану своїх пацієнтів, від якого значною мірою залежить процес одужання.

Відомий російський письменник і лікар В.В. Вересаєв надавав дуже великого значення психологічному впливу на хворого в процесі лікування. На його думку, лікар "може володіти величезним розпізнавальним талантом, вміти вловлювати найтонші деталі дії своїх призначень - і все це залишається марним, якщо він не здатний скоряти та підкоряти собі душу хворого".

Численні вітчизняні клініцисти добре це розуміли. Можна було б навести достатньо прикладів успішного використання ними "душевних ліків" для "лікування тіла". Проте, часи змінюються.

В наш вік науково-технічного прогресу складні взаємостосунки лікаря та хворого ще більш ускладнилися. Техніка, що постала між ними, послабила поєднувальні зв'язки.

Замість *принципу лікар-хворий* зараз нерідко стверджується принцип *лікар-прилад-хворий*. А прилад при всій його діагностичній цінності може заступити від лікаря не тільки організм, але й особистість хворого з його складним психічним та моральним світом.

Певні втрати деонтологічного характеру несе в собі також спеціалізація сучасної медицини. При наявності багатьох вузьких фахівців відповідальність лікаря перед хворим зменшується. В потужному, насиченому технікою, багато-профільному стаціонарі хворого обстежує і лікує цілий колектив медичних працівників. Традиційна для практичної медицини персональна моральна відповідальність лікаря за конкретного "свого" хворого знеособлюється, що може призвести до зневаги особистості хворого та етичних норм медицини взагалі.

Отже, для вирішення проблеми "клініцизм і техніцизм", як її іноді називають, технічне оснащення та клінічне мислення повинні існувати та розвиватися не на конкуруючих, а на дружніх засадах, доповнюючи одне одного, при провідному значенні клінічного мислення. Складність техніки не повинна знецінювати складність людської особистості. Цьому нас вчить багатуший досвід вітчизняної та світової медицини.

Тому й особистість лікаря повинна відповідати не тільки фаховим, але й психологічним вимогам професії.

Особистість лікаря

Психологи зазначають велике значення першого враження при спілкуванні особистостей. Ледве не у 80 % випадків думка про людину складається саме за першим враженням. Природно, що в процесі спілкування вона може змінитися, але не повинна бути недооцінена.

Хворі довіряють спокійному, впевненому, але не зарозумілому медичному працівникові за умов, що швидкість, наполегливість і рішучість поєднуються в ньому з людським співчуттям і делікатністю.

Психологи вважають, що лікар повинен випрацювати в собі певну емоційну позицію, емпатію - розуміння, співпереживання психологічному стану іншої людини. Вона є необхідною фаховою якістю медичних працівників.

Авіцена дав яскравий словесний образ лікаря: "Лікар повинен мати око сокола, руки дівчини, мудрість змії та серце лева".

Досвідчені спеціалісти-практики з великим життєвим досвідом вважали, що звертання лікаря до художньої літератури, мистецтва, природи допомагає краще зрозуміти хворого, знайти ключ до його серця.

В багатьох творах світової художньої літератури знаходять висвітлення почуття та думки лікаря. Це дозволяє стверджувати, що Л.М. Толстой, І.С. Тургенєв, А.П. Чехов, В.В. Вересаєв, Г. Флобер, С. Цвейг, О. Генрі, С. Моем, А. Конан Дойл та інші зробили значний внесок у деонтологію.

Досвідчений клініцист, київський професор Є.І. Ліхтенштейн, що вивчав відтворення основних проблем медицини в художній літературі, писав: "...дивовижні таємниці психології хворої людини ми знаходимо в художніх творах Л.М. Толстого. Багато глибоких психологічних колізій розкрито в творах І.С. Тургенєва. Справжні зразки тяжких переживань людини відтворені А.П. Цеховим".

Учитися бути лікарем - значить учитися бути людиною. Це добре засвоїв ще в молоді роки великий російський хірург М.І. Пирогов, життєвим девізом якого було правило: "Бути людиною серед людей". І не випадково студенти медичного факультету Київського університету в прощальній адресі йому з приводу відставки з посади попечителя Київського навчального округу, написали такі слова: "Дорогий вчителю! Ми вдячні тобі за те, що навчив нас важкій і складній науці залишатися людиною серед людей!"

Культура почуттів і мислення лікаря в часи технізації й інтелектуалізації громадського життя, підвищення психоемоційної напруженості, навіть кризи довіри до лікаря, потребує від нього постійного психологічного та фахового самовиховання.

На жаль, на довгі роки пішли з нашого вжитку такі поняття, як "добродійність", "милосердя", "співчуття". Були знецінені поняття честі, порядності, інтелігентності, занедбано багато пам'яток історії та культури.

Зараз у країні багато робиться для відновлення культури в усьому її розмаїтті і, що найголовніше, відновлюється правда. Суспільна свідомість стає все більш нетерпимою до негативних явищ тому, що вони вже не вважаються неминучими. Ми починаємо краще розуміти та засвоювати наші національні й історичні цінності, бачити заслуги минулого перед сьогоднішнім і майбутнім.

Не можна забувати, що суспільство завжди ждало від медицини більше ніж вона могла дати. Та все ж, незважаючи на величезне значення матеріально-технічних засобів в удосконаленні медичної допомоги, відновлення престижу лікаря залежить насамперед від нього самого, його фахової гідності. І доки лікар не відчує себе особистістю, інтелігентом у найвищому значенні цього слова, доти його медична діяльність не буде відповідати вимогам суспільства.

Обов'язок і совість в медичній професії

Гласність, яка була недоступною протягом багатьох десятиліть, розкрила багато сторін нашого духовного буття, дозволила побачити, по-справжньому оцінити значення тих морально-етичних категорій, які регулюють моральні цінності особистості й суспільства в цілому.

Поняття обов'язку, широко сповідуване вітчизняною інтелігенцією, зараз відроджується, йому повертається дійсний зміст і значення. Разом із цим відроджуються й такі моральні поняття, як "милосердя", "добродійність", "порядність". Змінюється ставлення й до самої інтелігенції, яка почала відчувати себе силою, а не горезвісним "прошарком".

У медичній професії всі ці морально-етичні поняття вкрай необхідні. Без них взагалі немислима діяльність лікаря. Адже такі якості, як чесність, сумлінність, порядність, усвідомлення свого обов'язку органічно пов'язані з його фаховою роботою.

Що ж варто розуміти під категоріями обов'язку та совісті? Обов'язок - це основа моральних принципів поведінки, що формується як усвідомлення своїх зобов'язань перед людьми та суспільством. З одного боку, обов'язок передбачає формальне виконання медичними працівниками своїх фахових, функціональних обов'язків, а з іншого (і це особливо важливо) - підпорядкування в діяльності особистих інтересів суспільним.

Поняття лікарського обов'язку містить у собі всі головні елементи лікарської етики - від чесності, скромності у повсякденній роботі та прояву високої мужності в надзвичайних обставинах до готовності принести себе в жертву в ім'я порятунку життя інших.

Відомі слова "Світячи іншим - згоряю", проголошені знаменитим голландським анатомом Ніколасом ван Тульпом (Тульпіусом) ще в XVII ст., якнайкраще характеризують категорії обов'язку та совісті в медичній професії. Це дороговказ не тільки для великих вчених, але й для рядових лікарів, що самовіддано виконують свої обов'язки.

Слово "обов'язок" часто стоїть поруч із словом "честь". "З честю виконаємо свій обов'язок" - нерідко чуємо ми. За образним висловом академіка Д.С. Лихачова, "честь дійсна завжди відповідна до совісті, честь хибна - міраж у пустелі людської душі".

Виконання кращими представниками медицини свого обов'язку перед людством, мабуть, найбільш яскраво проявилось в небезпечних для життя дослідах на собі з метою вивчення клініки важких інфекційних захворювань і розробки методів боротьби з ними.

В історії вітчизняної медицини досить відомий подвиг студента-медика Іллі Мамонтова, що пожертвував кар'єрою в Петербурзі заради участі в експедиції відомого епідеміолога Д.К. Заболотного в 1911 р. по боротьбі з епідемією чуми в Маньчжурії. Заразившись, за декілька годин до смерті він писав матері:

"Дорога мамо, занедужав якоюсь дурницею, але тому що на чумі нічим крім чуми, не занедужують, то це, мабуть таки, чума. Мила ненько, мені

страшно прикро, що це засмутить тебе, мені здавалося, що немає нічого кращого за життя, але з бажанням зберегти його я не міг бігти від небезпеки, яка загрожує всім, і, мабуть таки, смерть моя буде лише обітницею виконання службового обов'язку".

Багато послідовників, учнів було в Д.К. Заболотного й серед практичних лікарів. Один із них - талановитий бактеріолог І.А. Деминський, що присвятив своє життя боротьбі з чумою в Поволжі. Йому належить честь видатного відкриття — виділення культури збудника чуми з трупа ховрашка. Під час одного з численних експериментів він заразився і помер. Проявляючи неабияку мужність, знаходячись на грані смерті, І.А. Деминський старанно фіксував усі зміни, що відбувалися в його організмі.

Прикладів такого подвижництва можна було б навести чимало. Достатньо сказати, що в березні 1920 р. тільки зі 120 лікарів, що працювали в Києві, від висипного тифу загинуло 40 (кожний третій).

Досліди на собі, проведені нашими видатними співвітчизниками, зіграли неоціненну роль у розвитку вчення про інфекційні хвороби та поставили їх у ряд безстрашних лицарів науки, чий героїзм і самопожертва стали зразком справжнього виконання свого обов'язку.

В історії держави бувають періоди, коли служіння обов'язку виходить за межі науки, професії й відбувається в ім'я Батьківщини, народу. Таким періодом в історії нашої медицини є Велика Вітчизняна війна, під час якої медичні працівники виявляли справжній героїзм і відданість своїй Батьківщині. Достатньо сказати, що на фронті й у тилу трудилися понад двохсот тисяч лікарів і півмільйонна армія середніх медичних працівників. Військові медики повернули до лав захисників Батьківщини мільйони солдат і офіцерів. Вони надавали медичну допомогу на полі бою, під вогнем ворога, а якщо потребували обставини, самі ставали воїнами та вели за собою інших.

Розглянемо тепер іншу *етичну категорію - категорію совісті*.

Совість - це самосвідомість, "внутрішній суддя" людини, його ставлення до моральних вимог суспільства.

Совість - почуття свідомості моральної відповідальності за свою поведінку та поведінку перед навколишніми людьми, суспільством.

Медична професія та совість невіддільні.

Хороший лікар завжди сумнівається в тому, чи усе необхідне він зробив для хворого, тому що сумніви завжди спонукаються совістю. Видатний український терапевт академік Ф.Г. Яновський часто нагадував студентам і молодим лікарям незаслужено забуту приказку. "Докторе, не забувайте сумніватися!". Ці слова - свого роду застереження лікарю не поспішати в постановці діагнозу, якщо для цього немає достатніх підстав. Сумніви ніколи не повинні полишати лікаря.

Етичні проблеми евтаназії

Серед різноманітних проблем обов'язку та совісті в професії лікаря серйозної уваги заслуговує проблема ставлення до невиліковних і вмираючих хворих. Останнім часом їй надається чимало уваги в нашій і закордонній пресі.

Відомо, що люди бояться смерті. Іноді бояться панічно.

Багато тисячоліть смерть здавалася миттєвим актом, принципово відмінним від своєї протилежності - життя. Це уявлення міцно укоренилося в нашій свідомості, літературі, мистецтві та взагалі в усій сучасній культурі.

Знадобилося багато років, величезний запас знань з найрізноманітніших галузей науки, щоб з'явилася реаніматологія - наука про закономірності вмирання та оживлення організму, а разом із нею й новий термін - "клінічна смерть".

Реаніматологія навчила повертати до життя тих, що переступили поріг смерті. Це - величезна перемога медицини, що змінила наші уявлення про смерть.

Кожний успіх реаніматології наближає медицину до її ідеальної мети, визначеної ще старогрецькими лікарями в їхньому знаменитому девізі: "Зціли!". В цьому заклик закладене глибоке філософське розуміння ролі медицини в суспільстві, яке в силу своєї гуманності не може виправдати насильницьке передчасне припинення життя.

Природна смерть - явище надзвичайно рідкісне. Більшість людей вмирає від хвороб. Це свого роду насильницька, "незаконна" смерть, адже інстинкт життя ще збережений, і організм веде боротьбу з хворобою, іноді затягуючи страждання вмираючого на довгий час. Подекуди існує точка зору, що головне завдання медицини в подібних випадках - граничне скорочення часу страждань. Її прихильники звинувачують медиків за опір насильницькому їх припиненню та змушують переглянути один із деонтологічних постулатів.

Медична громадськість світу, в тому числі й більшість членів Американської медичної асоціації (АМА), висловлює своє неприйняття евтаназії - "убивства з милосердя" (від грецьк. *euthanasia*; *ei* - добре, досконало, *thantos* - смерть).

Результати опитування громадської думки з цього приводу засвідчили зростання числа її прихильників. У США воно становить понад 50 %. Дискусії навколо евтаназії відбуваються, як зазначає "Лікарський вісник" (часопис Українського лікарського товариства Північної Америки), в двох напрямках - фахової етики та раціональної суспільної моралі. Аргументи на захист евтаназії такі: смерть є невід'ємною частиною життя й до цього факту варто ставитися з розумінням, як до неминучого явища, особливо з огляду на обмежені можливості медицини. Сучасне ж суспільство всіляко уникає психологічного прийняття смерті як логічного та неминучого кінця життя.

Розмірковуючи над цими питаннями, багато вчених - супротивників евтаназії вважають, що майже ніколи не можна констатувати абсолютну безнадійність стану хворого. Лікарі знають випадки "чудесного" одужання

цілком безнадійних хворих. Медицина спроможна гарантувати результат хвороби тільки з тим або іншим ступенем вірогідності. Таким чином, зменшувати страждання хворого за рахунок скорочення його життя чи, простіше кажучи, чинити вбивство з гуманних цілей є злочином перед дійсним гуманізмом. Варто мати на увазі, що з юридичної точки зору нікому, а тим більше лікареві, не дано права вбивати людину тільки тому, що вона "безнадійно" хвора.

Та водночас, обговорюючи проблему загалом, слід враховувати й те, що боротьба проти смерті не повинна перетворюватися в насильництво над життям.

В Женевській декларації лікарів сформульована обіцянка лікаря збільшувати тривалість людського життя з моменту його зачаття - "навіть під загрозою я не використаю мої знання в галузі медицини на противагу законам людяності". Але їх далеко не завжди можна передбачити.

Хто ж повинен визначати стан безнадійності хворого? Лікар самостійно, разом із колегами, консиліум із декількох лікарів? І хто буде вирішувати питання про продовження реанімації або відключення апарату? Самі медики? Родичі хворого? Юристи? А може, усі разом?

У фаховому аспекті докази захисників ідеї евтаназії виглядають так: евтаназія - це доступний, легкий спосіб позбутися найтяжчих страждань перед неминучою смертю. Сьогодні, як відомо, медична технологія дає можливість продовжити життя безнадійно хворим, що досить часто викликає на заході протести, страх пацієнтів, рідних перед "машинним існуванням". Логічним продовженням права на відмову від лікування заради підтримання життя є право, як це не парадоксально, на смерть за допомогою лікаря.

Надмірні фахова скрупульозність і застереження сприймаються хворими, що прагнуть евтаназії, як байдужість, бажання лікарів відгородитися від них глухою стіною залізних правил, як прояв егоїзму лікаря, який замість глибоких морально-етичних роздумів і аналізу кожної конкретної ситуації спрощує собі життя, нехтуючи можливістю полегшити смерть хворому, посилаючись на моральну заборону.

У відповідь на це, супротивники евтаназії вказують, що в разі її легалізації, неминуче виникнуть різноманітні зловживання, непідвладні навіть юридичним застереженням. Зловживання, за даними "Лікарського вісника", можуть бути різними — евтаназія проти бажання хворого, під впливом емоційних чинників, певних умов тощо.

Узагальнені аргументи супротивників евтаназії такі: лікар — борець із смертю, використання евтаназії призведе до підриву довіри й руйнування моральних принципів лікарської діяльності.

Частина лікарів і юристів визнають за хворим право відмовитися від лікарської допомоги заради продовження життя, заперечують правомірність і гуманність дій, що не дозволяють евтаназії.

В ряді країн активна та пасивна евтаназія кримінально карні. Так, у ФРН введення хворому в термінальному стані, великої дози знеболюючих для пришвидшення смерті є причиною для притягнення лікаря до кримінальної

відповідальності за двома статтями: навмисне вбивство в разі передбачення смерті чи ненавмисне, якщо смерть не передбачалась. Те, що даний хворий, можливо, все-одно помер би через короткий час, не виправдовують дій лікаря. В ряді країн (наприклад, у Польщі) кримінально карною є й пасивна евтаназія.

Нідерланди – єдина країна, де евтаназія фактично легалізована. За приблизними даними, там 5-10 тис. хворих на рак закінчують життя у такий спосіб. Виконання процедури автаназії потребує п'яти умов:

- повторна та настійна вимога хворого;
- важкі страждання без перспективи полегшення;
- поінформоване, послідовне без тиску ухвалення рішення;
- відсутність інших методів лікування, а доступні виявилися неефективними або були заперечені хворим;
- наявність однозначної незалежної, але такої ж точки зору інших лікарів (а по можливості й медичних сестер, священника та ін.).

Застосовується евтаназія й у деяких штатах США.

Підводячи підсумок, слід ще раз наголосити: проблема евтаназії дуже складна та багатопланова. Її вирішення нашою країною є на численні труднощі медичного, етичного та правового характеру. Тільки ретельне вивчення всіх позитивних і негативних аспектів може допомогти в розробці в недалекому майбутньому критеріїв доцільності проведення евтаназії як виняткового засобу.

В нашій країні евтаназія заборонена. Суспільство ще не досягло того ступеня моральності та правової культури, щоб правом людини на смерть ніхто не міг зловживати.

Ми зупинилися тільки на деяких морально-етичних проблемах, пов'язаних із сучасним розвитком медичної науки. Але науково-технічний прогрес вже в найближчі десятиліття поставить перед суспільством нові, ще більш складні проблеми. Тому при оцінці прогресу в медицині завжди слід виходити з того, спрямований він чи ні на благо людини, її життя та здоров'я.

В питаннях життя та смерті медицина допускає єдиний принцип: боротьба за життя хворого не припиняється до останньої хвилини. Обов'язок кожного медичного працівника – дотримуватись цього гуманного принципу, як це робили багато поколінь справжніх лікарів.

Помилки та відповідальність лікаря

Розмова про помилки лікаря – завжди важка тема. І сьогодні, не дивлячись на прогрес, медицина ще далеко не досконала, а лікарі, на жаль, ще допускають помилки в своїй роботі.

На всіх етапах свого розвитку суспільство пред'являє до лікаря високі вимоги, що передбачають недопущення в його діяльності фахових помилок, особливо таких, які спричиняють важкі або непоправні наслідки. Лікарські помилки були, є, та, на жаль, будуть, але відношення до них не може бути однозначним. До них не можна ставитися як до неминучих супутників лікарської діяльності.

У вітчизняній медицині вивченню причин лікарських помилок традиційно приділялося багато уваги. Розгляд діагностичних і лікувальних помилок, пошуки шляхів їх подолання вважалися обов'язковим, якщо не головним компонентом самовдосконалення лікаря. Вислів Гіппократа про те, що помилка повинна стати джерелом знання, міцно ввійшов у клінічну практику вітчизняної медицини другої половини ХІХ ст.

Відомо, що детальним розглядом лікарських помилок, пов'язаних із діагностикою захворювань і лікуванням хворих, у практиці охорони здоров'я займаються патоморфологи та судово-медичні експерти. Про ці помилки ми говорити не будемо.

Наша мета, виходячи з деонтологічних принципів, підійти до лікарських помилок із моральних позицій. Цьому аспекту чомусь надається мало уваги. А тим часом в основі багатьох із них лежать саме моральні причини.

Адже лікар, маючи справу зі здоров'ям і життям людей, несе моральну відповідальність як перед ними, так і перед суспільством загалом. І цілком природна гостра реакція людей не тільки на несприятливі результати лікування, особливо пов'язані з втручанням лікаря, але й на морально-етичні аспекти процесу лікування та спілкування лікаря з пацієнтом.

В аналізі помилок передові лікарі багатьох країн світу бачили реальний шлях до вдосконалювання лікувально-діагностичного процесу, не забуваючи при цьому першу заповідь Гіппократа - Non nocere ("не зашкодь"). Адже лікар буває в таких ситуаціях, коли єдиним суддею стає його совість.

М.І. Пирогов говорив: "З самого початку мого лікарського поприща я взяв за правило: не приховувати ні моїх помилок, ні моїх невдач, і, чистий перед судом моєї совісті, я сміливо викликаю кожного мені показати, коли та де я потаїв хоча б одну мою помилку, хоча одну мою невдачу".

Ці слова - зразок ширості та високої моральності, притаманні великому хірургу та гуманісту.

Відомий австрійський хірург Т. Більрот зазначав: "Тільки слабкі духом, хвалькуваті базіки бояться відкрито висловлюватися про зроблені ними помилки. Хто відчуває в собі сили зробити краще, той не відчуває страху перед усвідомленням своєї помилки".

Академік Ф.Г. Яновський на одному з засідань Київського терапевтичного товариства говорив про помилки, зроблені ним протягом 40 років роботи. Він докладно аналізував найбільш характерні з них, щоб лікарі не повторювали їх у своїй практиці.

І сьогодні медичні працівники, для яких почуття совісті та обов'язку є не лише формальною етичною категорією, докладно вивчають свої фахові помилки. Достатньо пригадати, в зв'язку з цим, книги М.М. Амосова.

Проте, слід відверто сказати, що в даний час обговорення лікарських помилок у діагностиці та лікуванні на патологоанатомічних конференціях багато в чому втратило свою колишню навчальну та моральну роль. Якщо воно й проводиться, то досить часто формально, без глибокого аналізу.

Зараз непоодинокими є випадки, коли лікарі стаціонару навіть не бажають бути присутніми при розтині померлого хворого, не цікавляться ні остаточним діагнозом прозектора, ні своїми можливими помилками. Про яке удосконалення своїх знань може йти мова при такій фаховій і моральній убогості?

Викликають тривогу випадки відвертого невизнання лікарем своїх помилок, більш того, прагнення будь-яким шляхом уникнути відповідальності, а то й перекласти її на свого колегу, коротше, звинуватити в своїх помилках інших.

У 30-ті роки у юристів був запозичений термін "добросовісна помилка". Один із найстаріших патологоанатомів Р. Штерн у своїх спогадах зазначає, що відомий патологоанатом І. Давидовський став використовувати його для помилкового лікарського діагнозу. І неспроста: адже лікарі стали потребувати захисту від спроб інкримінувати їм помилки як службові злочини і несправедливо звинуватити.

Прописну істину "на помилках вчаться" витіснили установленням "за помилки карають". У лікарів з'явився страх перед незаслуженим покаранням, звіти зарябіли лакованими цифрами. Навчені гірким досвідом, клініцисти напівжартома-напівсерйозно наставляли студентів: "Історія хвороби пишеться для прокурора".

Найменше помиляються лікарі, для яких медицина не є життєвим призначенням. Вони навряд чи глибоко переживають з приводу своїх помилок і схильні передоручати свої висновки старшим, більш досвідченим колегам або заховатися за спиною консультантів.

До цього варто додати, що останнім часом втрачається колегіальність в обговоренні складних хворих. Невідомо звідки з'явилася думка, що лікар, який сумнівається, радиться - слабкий або навіть поганий. А досвідчені лікарі досить часто перестали заохочувати молодих до обговорення складних випадків. У результаті страждає хворий. Відсутність фахової колегіальності - небезпечний симптом для медичного закладу.

Як тут не пригадати слова М.Я. Мудрова, що від посереднього лікаря більше шкоди, ніж користі.

На жаль, такі лікарі - поширене явище. Вони й роблять досить часто помилки, створюють конфліктні ситуації, об'єднуються в неформальні негативно настроєні мікрогруповання. Саме на них і пишуть скарги.

Як свідчить законодавство, медичні та фармацевтичні працівники за порушення фахових обов'язків несуть дисциплінарну відповідальність.

Карне законодавство не передбачає спеціальних статей про відповідальність лікаря за заподіяну ним шкоду при виконанні фахових обов'язків. За зроблені правопорушення лікар відповідає на загальних для інших професій засадах.

До кримінальної відповідальності його притягають у тих випадках, коли до порушення обов'язків призвели необережність, недбалість чи злочинна самовпевненість.

Кримінальна відповідальність не має місця в разі помилок лікарів у діагнозі, техніці операцій, методах лікування, пов'язаних з недосконалістю певних розділів медичної науки, з браком знань і досвіду у лікаря.

На думку юристів, порушення лікарських фахових обов'язків можна умовно поділити на три групи:

- *Порушення технічні.* Сюди входять випадки залишення при операції сторонніх тіл у порожнинах або ранах, застосування неналежних лікарських препаратів при місцевому знеболюванні або зайвих доз лікарських речовин в анестезіологічній практиці, помилки при використанні медичної техніки тощо.

- *Порушення тактичні.* До них належать помилкові визначення показань до операції, неправильний вибір часу проведення операції, її обсяг і т. ін. Подібні недогляди найчастіше зустрічаються в роботі хірургів і акушерів-гінекологів.

- *Порушення діагностичні.* Вони полягають у нерозпізнанні хвороби чи помилковому діагнозі, в результаті чого нерідко настають важкі наслідки.

Причини лікарських помилок можуть бути *об'єктивними та суб'єктивними*. Перші найчастіше пов'язані зі зміною поглядів на лікування при певному захворюванні. Комплекс лікувальних заходів, що вважався найбільше раціональним ще зовсім недавно, із позиції новітніх наукових досягнень може розглядатись як помилковий. Сюди ж належать і помилки, пов'язані з недотриманням головних деонтологічних принципів у процесі спілкування лікарів з пацієнтами.

Лікар повинен постійно вчитися, зокрема й на своїх помилках. Знаменно, що на деонтологічному конгресі в Парижі в 1967 р. до "Клятви Гіппократа" було зроблено єдине доповнення: "Клянусь навчатися все життя!".

Помилки, причини яких криються в недобросовісності, зайвій самовпевненості, небажанні радитися з більш досвідченими колегами, нерідко межують із діями, що можуть кваліфікуватися як фахові та професійно-посадові правопорушення.

Відповідно до чинного в даний час карного законодавства медичні працівники підлягають кримінальній відповідальності за такі з них:

- незаконне проведення абортів;
- ненадання допомоги хворому;
- зловживання владою чи службовим становищем;
- халатне ставлення до своїх обов'язків;
- видача підроблених документів (посадова підробка);
- незаконне лікування;
- порушення правил боротьби з епідеміями;
- виготовлення чи збут отруйних, сильнодіючих і наркотичних речовин.

Часто питання медичної етики та деонтології тісно пов'язані з юридичними питаннями про права та обов'язки лікаря. Важко іноді провести різку грань між моральними та правовими нормами. Такі, наприклад, проблеми, як право застосовувати ще неапробовані методи діагностики та лікування, тобто експерименту на людях, включаючи операції трансплантації органів і тканин, право проведення хірургічних операцій без згоди хворого або його родичів, хоча й регламентуються відповідними правовими документами, проте в значній

мірі відносяться до проблем медичної етики та деонтології. Нерідко моральні норми, обов'язки стають юридичними, правовими.

В юридичному аспекті лікувальні дії, які спричиняють фізичні страждання, ушкодження органів, їхню втрату та навіть смерть, не можуть розглядатися як нанесення тілесних ушкоджень або позбавлення життя. Але якщо несприятливий результат є наслідком недбалості (підміна ліків, неправильне лікування, недотримання правил санітарії) або порушень правил фахової поведінки, лікар може бути притягнутий до відповідальності.

Саме тут проходить межа між "помилкою в судженні" та дотриманням правил про недбалість, яка розділяє в лікарській діяльності сфери на такі, що підлягають і не підлягають покаранню.

Наше законодавство дуже гуманно ставиться до фахової діяльності медичних працівників. Воно чітко розмежовує помилку та невинуватий вчинок, порушення правил фахової поведінки.

Першу необхідну допомогу медичні та фармацевтичні працівники зобов'язані надавати в дорозі, на вулиці, в інших громадських місцях і вдома. Медичний працівник не може пройти повз нещасний випадок або раптове захворювання.

Серед інших фахових злочинів поряд із ненаданням термінової медичної допомоги варто назвати халатність. Практика судово-медичної експертизи показує, що серед пред'явлених медичним працівникам звинувачень найчастіше зустрічається недбале ставлення до своїх службових обов'язків.

Халатність лікаря іноді пов'язана з невикористанням різноманітних наявних технічних засобів, що може призвести до грубих діагностичних і лікувальних помилок із важкими наслідками.

Внаслідок недбалості медичних працівників хворим іноді вводять непризначені лікарські речовини. Також варто розглядати як прояв халатності несумлінне ведення історії хвороби (карти стаціонарного хворого).

Тему про лікарські помилки можна було б закінчити словами Гіппократа: "Життя коротке, шлях мистецтва довгий, зручний випадок швидкоплинний, досвід оманливий, судження важке. Людські потреби змушують нас вирішувати та діяти. Але якщо ми будемо вимогливі до себе, то не тільки успіх, але й помилка стане джерелом знань".

Важко що-небудь додати до цих мудрих слів, що витримали іспит часом та не втратили свого значення й досі.

На жаль, історія медицини знає немало прикладів, коли гуманізм, лікарська совість, почуття обов'язку, здоров'я людей приносилися в жертву варварській медицині фашизму. Десятки тисяч людей були знищені фашистськими "лікарями", що проводили небезпечні для життя експерименти. Цими підслідними найчастіше були військовополонені. На в'язнях випробовували отрути та гази як сильнодіючі препарати.

Особливо складні в етичному та правовому відношенні в наш час проблеми, пов'язані з пересадкою органів від однієї людини до іншої. При вирішенні цього

питання варто враховувати той факт, що самий поділ смерті на клінічну та біологічну є дуже умовним. Вирішуючи проблему донорів або необхідності пересадки органів, представники медицини повинні використовувати максимум можливостей для порятунку життя хворого навіть у найважчій стадії захворювання.

На закінчення зупинимося ще на одній дуже важливій у морально-етичному та правовому відношенні проблемі у стосунках лікаря та хворого - на фаховій чесності лікаря, від якої нерідко залежить не тільки життя, але й доля людини. Мова йтиме про зобов'язання лікарів і медичних працівників зберігати лікарську таємницю.

Дотримання її передбачалося ще в глибокій давнині.

Починаючи з XIX ст. необхідність зберігання лікарської таємниці в багатьох державах набула сили закону; розголошення її призводило до тюремного ув'язнення, штрафу або позбавлення звання лікаря.

Якої ж таємниці повинен дотримуватися лікар? Бувають випадки, коли розголосу не підлягає діагноз, обставини захворювання, види хірургічного втручання. Зберігається це в таємниці з єдиною метою - пощадити психіку хворого, не дати можливості будь-кому використовувати інформацію медичного характеру на шкоду пацієнту.

Є багато захворювань, які стосуються інтимної сторони особистості, і хворий не хоче, щоб про неї знали колеги по роботі, друзі, а деколи навіть і родичі. До них належать різноманітні вади розвитку, захворювання сечостате-вих органів, психічні хвороби. Те ж стосується й деяких видів оперативних втручань, а останніми роками і СНІДу.

В даний час у ряді зарубіжних країн існує положення про можливість хворим порушити судову справу проти лікаря за розголошення таємниці, якщо остання призвела до матеріальної, фізичної або моральної шкоди. Відомий випадок, коли один французький лікар, після смерті пацієнта, знаменитого художника, опублікував його історію хвороби, щоб зняти з себе обвинувачення в неправильному лікуванні. Він був засуджений за розголошення лікарської таємниці.

Серйозні труднощі викликає вирішення проблеми дотримання лікарської таємниці в інтересах суспільства.

Зараз, як і за всіх часів, лікар вважає себе зв'язаним лікарською таємницею. Широко відомі приклади вірності їй, особливо в випадках, коли дотримання було на користь як хворого, так і громади.

Таким чином, збереження лікарської таємниці, як і відповідальність за свої помилки, знаходиться в прямій залежності від совісті та усвідомлення свого обов'язку - категорій лікарської етики, що складають основу медичної діяльності.

Лікар і хворий

Споконвіку лікар повинен відкликатися на звертання хворого незалежно від характеру його хвороби, віку, статі та становища в суспільстві.

Відомо, що довіру до себе може викликати тільки лікар із почуттям особливого лікарського такту.

З чого ж починається контакт лікаря з хворим? Насамперед - із привітної зустрічі, співчутливо вислуханих скарг, уважно проведеного огляду та підбадьорливого побажання. Якщо лікар при першій бесіді виявиться неуважним, буде відволікатися на сторонні справи, у хворого залишиться почуття невдоволення від зустрічі.

Іноді сама обстановка в кабінеті лікаря не сприяє налагодженню контакту з хворим.

Необхідно пам'ятати, що під час прийому цілком неприпустимі упередженість і недовіра до пацієнта. Хворий це відразу відчуває - за поглядом лікаря, його голосом чи реплікою, а тим більше, якщо спілкування починається не з питання: "Як ви себе почуваете, на що скаржитесь?", а із збентежуючого: "Вам що, лікарняний лист потрібний?"

Відомо, що єдиного способу для об'єктивного виміру ступеня щиросердності у стосунках між лікарем і пацієнтом не існує, але в певній мірі про наявність необхідної фахової уваги можна судити з повноти зібраного анамнезу, зафіксованого в амбулаторній карті чи історії хвороби.

Друге місце серед якостей лікаря, за даними опитування хворих, посідають професійні знання.

Проблема *психологічної сумісності лікаря та пацієнта*, безсумнівно, відіграє важливу, навіть провідну, роль. Лікування без спроможності до співпереживання мало чого варте.

Отже, лікар і хворий - це система, що повинна перебувати в рівновазі. Це як дві руки, що роблять одну й ту ж справу. Так, лікар зобов'язаний лікувати, а пацієнт йому допомагати. Адже лікуватися теж треба вміти.

Особливі психологічні та деонтологічні вимоги ставляться перед лікарем-педіатром, адже його пацієнт - дитина й далеко не завжди легко визначити, на що вона хвора. Відомі вітчизняні педіатри звертали увагу молодих лікарів на необхідність розуміти німу, але досить інформативну мову - позу, міміку, вираз очей, характер лементу хворої дитини.

Таким чином, *взаємостунки лікаря та хворого* залежать насамперед від лікаря, від його моральних і психологічних якостей, від уміння забезпечити клімат довіри.

Серед інших деонтологічних аспектів роботи в стаціонарі особливо варто підкреслити значення *лікарського обходу*. Відомо, що хворі ставляться до нього надзвичайно серйозно, очікуючи від лікаря важливого рішення: про операцію, діагноз, виписку зі стаціонару тощо.

Лікар-ординатор або завідувач відділення протягом дня може декілька разів заходити до палати, але ці відвідування не рівнозначні обходам, проведення якого психологічно пов'язане з напруженим чеканням з боку хворих.

Слід пам'ятати, що в палаті лежать хворі з різними діагнозами та характеристиками, тому ступінь спілкування повинен бути в певній відповідності до них. На жаль, у недосвідчених лікарів іноді буває навпаки: з хворими, що одужують, вони розмовляють довго та невимушено, а з важкими хворими, що важко вступають у контакт, не багатослівні, часто обмежуються декількома формальними фразами. Це велика деонтологічна помилка, породжена невмінням, небажанням деяких лікарів зрозуміти становище хворого.

Таким лікарям доречно нагадати слова знаменитого англійського лікаря Сиденхема (XVII ст.): "Ніхто не був пролікований мною інакше, ніж я бажав би, щоб лікували мене самого..."

Взаємовідносини між лікарем і хворим бувають різними - від глибокої вдячності до відвертої ворожості. Головна діюча особа в них лікар, у його руках — ініціатива. Але бувають випадки, коли характер стосунків залежить і від самого хворого, його родичів.

Досить частим є питання: чи завжди правий хворий? Однозначної відповіді дати не можна. Якщо мова йде про дійсно хвору людину, то вона завжди права в силу зміни психічного стану під впливом важкої недуги. Такий хворий може заглибитися в хворобу й реагувати на навколишні події неадекватно, а часом і необ'єктивно. Досвідчені лікарі, добре це розуміючи, ставляться до такої поведінки як до тимчасового явища. З поліпшенням стану здоров'я відновлюється й психічний статус пацієнта.

І все ж, незважаючи на суб'єктивність та некомпетентність в медичних питаннях, претензії хворих до лікаря, скарги на недоліки в роботі лікувальних закладів досить часто справедливі.

Однією з причин формалізму в лікарській діяльності є так зване фахове звикання. Кажуть, що людина може звикнути до свого власного страждання. Але вона не має права звикнути до страждання інших. Особливо це стосується лікаря. Багато молодих лікарів надають перевагу холодному серцю і ясному розуму над співчуттям при наданні допомоги хворому. Але від "холодного серця та ясного розуму" - один крок до байдужості та формалізму. Потрібно вмирати з кожним хворим, як умирають численні справжні лікарі. Про це говорить академік М.М. Амосов у "Книзі про щастя та нещастя", яку корисно прочитати кожному лікарю. В ній описані численні психологічні й етичні аспекти складної професії лікаря, висловлено чимало гірких думок про найтяжче в лікарській діяльності - втрату хворих. Кожна смерть пацієнта для М.М. Амосова - важкий удар. От що він пише про один із таких випадків.

"Взяти б і кинути усе, вийти з операційної, зняти маску та рукавички, переодягтися, потім по коридору, на східці, далі на вулицю... І не обертатися. Зовсім. З хірургії. А краще з життя..."

Захворюваність і смертність від серцево-судинних захворювань серед лікарів вищі, ніж у осіб інших професій можливо, тому, що їм доводиться все життя бути поруч з горем, переживати його разом з хворими.

Все, що оточує хворого в лікувальному закладі, починаючи з естетичного оформлення лікарні та закінчуючи культурою надання медичної допомоги, повинно сприяти якнайшвидшому одужанню.

І якщо хворий буде це відчувати, то лікувальний заклад і медичний персонал завжди будуть користуватися повагою та заслуженим авторитетом.

Слово лікаря, ятрогенії

У взаємовідносинах лікаря та хворого *слово* відіграє винятково важливу роль, діє воістину магічно. Словом можна не тільки викликати функціональні зміни в організмі, але й убити людину в буквальному значенні. *Воно може мати величезне психотерапевтичне значення й може викликати важку ятрогенію.*

Значення слова в лікуванні хворого добре розуміли й використовували ще в давні часи. За 2000 років до нашої ери в одному з постулатів давньої іранської медицини стверджується: "Три знаряддя є у лікаря: слово, рослина та ніж". Гіппократові приписують вислів: "Якщо різні лікарі лікують по-різному - травами, ножем, словом, то варто насамперед звертатися до того, хто зцілює словом".

Навряд чи потрібно доводити, яку повагу та довіру відчувають пацієнти до лікаря, що володіє методом словесного переконання. Проте в устах невмілого лікаря слово вже буде не психотерапією, а її протилежністю - ятрогенією (в перекладі з грецької "хвороба, викликана лікарем").

Користуватися словом треба обережно, доброзичливо. Необхідно знати, що, кому та коли говорити. Варто враховувати психологічні особливості особистості хворого, його стан, діагноз захворювання.

Одна з найчастіших помилок лікаря полягає в надмірній балакучості з не завжди доречних питань при обстеженні. При огляді хворого та розмові з ним лікар не має права на негативні емоції.

Особливий такт потрібен лікарю під час проведення обходу. Поява його в палаті повинна діяти підбадьорююче, заспокійливо, особливо на важких хворих. "Не страшно померти, а страшно вмирати", - говорив перед смертю російський поет М. Некрасов.

Дуже легко відняти в хворого надію випадковою фразою. Г.А. Захар'їн суворо попереджав: повідомляти хворому всі побоювання, що виникають у лікаря - завжди помилка, а іноді й злочин.

Відомо, що Карл Брюлов, маючи захворювання аорти, загинув від масивної кровотечі точно через п'ять років, що були йому запрогнозовані домашнім лікарем. По суті справи цей лікар "запрограмував" своєму пацієнту конкретну дату смерті.

Досить рідко молоді лікарі уміють розпочати й підтримати живу невимушену бесіду з хворим. Велике значення мають виразність мови, культура слова, емоційність. Всіма цими якостями необхідно серйозно та наполегливо опанувати.

На жаль, словесна безтактність часом не обмежується сферою спілкування лікарів один з одним, а поширюється іноді й на хворих. "Ну й упрівали ж ми на вашій операції", "Голубчику, у вас же тиск 200 на 100! Як же ви можете заснути?" (це у відповідь на прохання хворого дати йому сподіючі ліки). "Така молода і...така хвора!", "І як ви взагалі живете з таким серцем?", "Ваше серце старше за вас" та ін.

Часто можна чути в розмові медичного персоналу такі вирази: "наш хворий", "не наш хворий", "цікавий хворий", "нецікавий хворий", "швидка допомога привезла одні шлунки" та ін.

Деякі лікарі люблять жартувати з хворими. Це непогано, гумор бадьорить, покращує настрій, вселяє впевненість. Проте в устах людей, які не вміють ним користуватися, це дуже небезпечна зброя. Вона може скривдити, травмувати хворого.

Про ятрогенні захворювання, як і про роль психіки в їх походженні, мали уявлення лікарі античного світу. У вітчизняній практичній медицині цим питанням завжди надавалась серйозна увага.

На жаль, у сучасній лікувальній практиці ми все рідше чуємо про ятрогенії.

Шляхи її уникнення - це дотримання лікарського такту, розуміння психіки хворої людини, створення в лікувальних закладах певного психологічного клімату, при якому слово грало б тільки цілющу роль.

В цьому плані уявлення про те, що лікар завжди повинен бути добрим і м'яким, теж невірне. Для кожного хворого потрібен індивідуальний підхід і індивідуальні засоби впливу. Деколи лікарю доводиться бути категоричним і навіть різким для порятунку хворого. Він повинен мати великий такт і терпіння, почувати межу між необхідною різкістю та грубістю в стосунках із хворими та його рідними.

В зв'язку з можливим розвитком ятрогенних захворювань виникає дуже важливе та важке запитання щодо повної та правдивої інформації хворого. Для медичної деонтології воно завжди було складним та гострим. Обмежуватися однозначними відповідями в багатьох випадках важких захворювань не можна. В їх виборі потрібно керуватися інтересами хворого, його станом, прогнозом захворювання. Проте одні автори вважають, що говорити хворому правду про його стан ні в якому разі не можна, інші, навпаки, думають, що можна і, більш того, потрібно.

От чому ще зі студентської лави необхідно виховувати в собі обережність у поведженні зі словом і використання його в інтересах хворого.

Принципово двох думок з цього приводу бути не може. Правдиво інформувати хворого про важкий стан чи можливі погані наслідки лікування потрібно

лише в крайньому випадку, коли не говорити йому цього не можна. Правда - це те, що корисно хворому!

Один з фундаторів російської терапевтичної школи С.П. Боткін писав: "Необхідно мати щире покликання до діяльності лікаря". Це допоможе не впадати у зневіру при невдачах і не переоцінювати себе при успіхах.

Контрольні питання

1. Значення проблем етики, моральності у професії лікаря.
2. Охарактеризуйте розвиток морально-етичних норм у взаємовідносинах лікаря та хворого у історичному плані.
3. В чому полягають найважливіші психологічні аспекти діяльності лікаря?
4. Роль особистості лікаря у суспільстві. Обов'язок і совість в медичній професії.
5. Охарактеризуйте сутність етичних проблем евтаназії.
6. Проблема відповідальності лікаря у сучасних умовах.
7. Взаємовідносини лікаря і хворого, значення слова лікаря.

Рекомендована література

1. Альтернативні методи фінансування медичних установ: Семінар з економіки охорони здоров'я. - К., 1998. - 373 с.
2. Бабенко В. А. Медицинское страхование в системе финансирования охраны здоровья во Франции: анализ возможности адаптации в Украине // Медицинское страхование. - 1994. - № 6. - С. 9-16.
3. Бажан Т.А., Дычко Е.Н., Логвиненко И.А. Современные аспекты развития стоматологии. - К. : Здоровье. - 1991. - 136 с.
4. Беске Ф., Брехт И., Райнкемайер А. Здравоохранение Германии. - М., 1997. - 224 с.
5. Богатирьова Р., Бердник О., Ворник Б. та ін. Здоров'я дітей та жінок в Україні. - К., 1997. - 152 с.
6. Большев Л.Н., Смирнов Н.В. Таблицы математической статистики. - М.: Наука, 1983. - 416 с.
7. Венецкий И.Г., Венецкая В.И. Основные математико-статистические понятий и формулы в экономическом анализе: Справочник. — М.: Статистика, 1979. - 447 с.
8. Головач А.В., Ерина А.М., Трофимов В.П. Критерии математической статистики в экономических исследованиях. - М.: Статистика, 1973. - 136 с.
9. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. - К.: ПП "Вігай", 1993. - Ч.1. - 198 с.
10. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.С. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. -Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. - 328 с.
11. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. - К., 1989. - 204 с.
12. Грандо О.О. Подорож у минуле медицини. -К.: РВА "Триумф". 1995. - 176 с.
13. Грандо А.А., Грандо С.А. Врачебная этика. - К.: РИА "Триумф". - 1994. -256 с.
14. Грейсон Дж.К., О'Делл К. Американский менеджмент на пороге XXI века: Пер. с англ. - М.: Экономика, 1991.- 319 с.
15. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - Л.: Медицина. - 1978. — 294 с.
16. Демографический энциклопедический словарь. - М., 1985.
17. Джессен Р. Методы статистических обследований: Пер с англ./ Под ред. Четыркина Е.М. - М.: Финансы и статистика, 1985. - 478 с.
18. Довідник сімейного лікаря: Пер. з англ. - К.: Медична газета України. - 1997. - 181с.
19. Дружинин Н.К. Выборочное наблюдение и эксперимент: общие логические принципы организации. - М.: Статистика, 1977. - 176 с.
20. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие / Рабочий документ для консультаций. - ВОЗ. — 1997. - 216 с.

21. Ендриховский Е. Методы эпидемиологических исследований в промышленной медицине. - М.: Медицина, 1980. - 198 с.
22. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. - К., 1994. - 335 с.
23. Журавель В.И., Мегедь В.П., Ушкевич Б.А. Руководителю-менеджеру в помощь (словарь-справочник). - К., 1997. - 89 с.
24. Задачи по достижению здоровья для всех: Европейская политика здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1993. -322 с.
25. Збірник нормативно-правових актів системи первинної медико-сані гарної допомоги в охороні здоров'я. - К., 1999. - 450 с.
26. Здоровье населения в Европе: Отчет о мониторинге деятельности по достижению здоровья для всех в 1993-1994 гг. - Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1995. - 66 с.
27. Здоровье населения в Европе. - Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1998. -13 с.
28. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доповідь. 1997. - К., 1998. - 386 с.
29. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доповідь. 1998. - К., 1999. - 594 с.
30. Измеров Н.Ф., Гурвич Е.Б., Лебедева И.В. Социально-гигиенические и эпидемиологические исследования в гигиене труда. - М.: Медицина, 1985. - 191 с.
31. Котлер Ф. Основы маркетинга. - М.: Прогресс, 1991. - 64 с.
32. Криштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в системе здравоохранения. - К., 1995. -180 с.
33. Лакин Г.Ф. Биометрия. Изд. 2-е, перераб. и доп. -М.: Высшая школа, 1973. - 343 с.
34. Лисенков А.Н. Математические методы планирования многофакторных медико-биологических экспериментов. - М.: Медицина, 1979. - 343 с.
35. Лошак А. Я. Страхование здоровья в развитых капиталистических странах. Обзор литературы. // Экспресс-информация. Социальная гигиена и организация здравоохранения. - 1989. - № 7. - С. 68.
36. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Уч. пособие. - СПб., 1997. - 184 с.
37. Медицинская помощь на дому. Будущее стационара: Пер. с англ. /Под ред. DAN LERMAN/— К., 1996, - 385 с.
38. Медицина дитинства: В 4 т. / За ред. П.С. Мощича. - К.: Здоров'я, 1994. Т.І. - 702 с.
39. Медична статистика України 19934997рр. - К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 1998. - 303 с.
40. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. - Л.: Медицина, 1974. - 384 с.

41. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: Пер. с англ. - М.: Дело, 1992. - 702 с.
42. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. - К.: МОЗ України, 1998. - 307с.
43. Міська швидка медична допомога. - К.: Здоров'я, 1973. - 76 с.
44. Мюллер П., Нойман П., Шторм Р. Таблицы по математической статистике: Пер. с нем. и предисл. В.М. Ивановой. - М.: Финансы и статистика, 1982. - 272 с.
45. Неотложная скорая медицинская помощь / Под общей ред. В.В. Никонова. - Харьков, 1997. - 592 с.
46. Общая теория статистики /Боярский А.Я., Трудова М.Г., Щепинов М.Г. и др./ Под ред. А.Я. Боярского и Г.Л. Громыко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. - 376 с.
47. Общепрактическая и семейная медицина: Пер. с нем./ Под ред. М.М. Кохена. - Минск. - 1997. - 618 с.
48. Организация системы качества медицинской помощи, медицинских услуг населению с использованием информационных технологий: Материалы конференции. - К., 1999. - 280 с.
49. Основы Законодательства України про охорону здоров'я // Голос України. - 15 грудня 1992 р. - № 238.
50. Основы организации здравоохранения: Учебное пособие / Сост. Г.Н. Царик. - М., 1996. - 124 с.
51. Основы организации стоматологической помощи населению / Под ред. Г.Н. Пахомова. - М.: Медицина, 1983. - 206 с.
52. Отчет о мировом развитии 1997. Государство в меняющемся мире. - М.: "Прайм-ТАСС", 1997. - 305 с.
53. Отчет регионального директора о работе ВОЗ в Европейском регионе. 1996-1997 гг. Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1998. - 45 с.
54. Охрана здоров'я в Україні: проблеми та перспективи/ Під ред. В.М. Пономаренка. - К., 1999. - 309 с.
55. Петрович М.Л., Давидович М.И. Статистическое оценивание и проверка гипотез на ЭВМ: математическое обеспечение прикладной статистики. - М.: Финансы и статистика, 1989. - 191 с.
56. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1998-99 рр. -К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2000. - 187 с.
57. Поляков Л.Е., Малинский Д.М. Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения // Советское здравоохранение. - 1971. - № 3. - С. 7-15.
58. Пономаренко В.М., Циборовський О.М., Польшченко В.І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 1. - С. 67-73.

59. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. - К.: Сфера, 1998. - 121с.
60. Програмні тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка. - К., 1997. - 256 с.
61. Рапопорт В.С., Дулькин М.З. Организация системы управления: Учебное пособие. - М.: ЦОЛИУВ, 1988. - 134 с.
62. Рудень В.В. Страхова медицина: медичне страхування. - Львів, Облкнигдрук, 1999. - 304 с.
63. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына: В 2 т. - М.: Медицина, 1987. - Т. I. - 429 с, Т. II. - 463 с.
64. Семюелсон Пол А., Нордгауз Вільям Д. Макроекономіка. — К.: Основи, 1995. - 544 с.
65. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях: Пер. с болг./ Под ред. А.М. Меркова. - М.: Медицина, 1968. - 419 с.
66. Слепенков И.М., Аверин Ю.П. Основы теории социального управления. - М.: Высшая школа, 1990. - 302 с.
67. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. - М., 1998. - 698 с.
68. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Серенко А.Ф. и Ермакова В.В. - М.: Медицина, 1984. - 639 с.
69. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Децик. - 2-е видання, перероб. і доп. - Ів.-Франківськ, 1999. - 304 с.
70. Соціальний, медичний та протирадіаційний захист постраждалим в Україні внаслідок Чорнобильської катастрофи: Збірник законодавчих актів та нормативних документів 1991-1998 рр. - К.: Агентство "Чорнобильінтерінформ", 1998. - 610 с.
71. Справочник по прикладной статистике: Пер. с англ. под ред. Ю.Н. Тюрина / Под ред. Э. Ллойда и У. Ледермана. - М.: Финансы и статистика, 1989. - Т. 1. - 512 с, 1990. - Т. 2. - 528 с.
72. Стадченко Н.А., Алисова Ю.М., Лавров А.А. Врачебно-трудова експертиза. - М.: Медицина, 1986. - 240 с.
73. Статистика населения с основами демографии / Кильдишев Г.С., Козлова Л.Л., Ананьева С.П. и др. - М.: Финансы и статистика, 1990. - 312 с.
74. Стеценко С.Г., Козаченко И.В. Демографическая статистика. - К.: Вища школа, 1984. - 408 с.
75. Статистичний огляд основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1993-1997 рр. - К., 1998.
76. Теория статистики / Под ред. Р.А. Шмойловой. - М.: Финансы и статистика, 1996. - 460 с.

77. Тимчасові стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги: В 2 т. - К.: Український інститут громадського здоров'я, 1999. - Т. I. - 500 с.
78. Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. - Житомир: Полісся, 1998. - 208 с.
79. Урбах В.Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. - М.: Изд-во АН СССР, 1963. - 324 с.
80. Чаклин А.В., Осечинский И.В. Основные методические принципы эпидемиологического исследования неинфекционных болезней // Эпидемиология неинфекционных заболеваний / Вихерт А.М., Жданов В.С., Чаклин А.В. и др. - М.: Медицина, 1990. - С. 211-254.
81. Шварц Г. Выборочный метод: Руководство по применению статистических методов оценивания: Пер. с нем. / Под ред. И.Г. Венецкого и В.М. Ивановой. - М.: Статистика, 1978. - 213 с.
82. Шейман И. М. Бюджетностраховая система здравоохранения. - Кемерово: ИнсЭпз, 1992. - 129 с.
83. Эренберг А. Анализ и интерпретация статистических данных: Пер. с англ. под ред. А.А. Рывкина. - М.: Финансы и статистика, 1981. - 408 с.
84. Апіопу Коопег Health care delivery in іbe United States. - Springer Publishing Company Inc . - 1993. - 553 p.
85. Charles H.Hennekens, Julie E. Buring. Epidemiology in teсіісіne. - Boston - Тогопіо, 1987. - 383 p.
86. Introduction іо HeaііЬ Services // Editors: Stephen J. Williams / Paul R. Torrens, Albany, NY, Delmar Publishers Inc, 1988. - 508 p.
87. HeaііЬ, Nutrition and Population. ТЬе Нітап, Development Network. ТЬе World Вапк Group, Washington, 1997.
88. Миграу С, Лорез А. Global mortality, disability, апсі іbe copігібііііon of risk factors: Global Вісісіп of Gіseases Study. - Lancet, 1997, vol. 349, № 9063, p. 1436-1442 (англ.). МРЖ р.2 Соц. мед. та ООЗ, к. - 1998. - С.12.
89. Rypins Clinical Sciences Review, Public HeaііЬ and Community teсіісіne / Edited Ёу Edward D. Fronlich. - Philadelphia, 1993. - P. 339-375.

ЗМІСТ

Розділ 1. Соціальна медицина як наука про суспільне здоров'я та охорону здоров'я (<i>Вороненко Ю.В., Дяченко М.О., Ступак Ф.Я.</i>).....	3
Розділ 2. Теоретичні основи соціальної медицини та організації охорони здоров'я { <i>Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., Процек О.Г.</i> }.....	16
Розділ 3. Основи медичної статистики { <i>Вороненко Ю.В., Кухленко Г.В., Тонковид О.Б.</i> }.....	23
3.1. Предмет та зміст медичної статистики.....	23
3.2. Організація та проведення статистичного дослідження.....	32
3.3. Відносні величини.....	43
3.4. Графічні зображення статистичних даних.....	47
3.5. Середні величини.....	52
3.6. Оцінка вірогідності результатів дослідження.....	62
3.7. Непараметричні критерії оцінки вірогідності результатів дослідження.....	69
3.8. Динамічні ряди.....	73
3.9. Метод стандартизації.....	78
3.10. Кореляційно-регресійний аналіз.....	82
3.11. Основи оцінки факторів ризику та прогнозування патологічних процесів.....	87
Розділ 4. Здоров'я населення { <i>Вороненко Ю.В., Зоріна С.М.</i> }.....	95
4.1. Чинники, що обумовлюють здоров'я населення. Методи вивчення. Закономірності основних показників здоров'я.....	95
4.2. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів. Демографічна ситуація в Україні та сучасному світі.....	101
4.3. Методика вивчення захворюваності (загальної, з тимчасовою втратою працездатності).....	133
4.4. Загальні тенденції захворюваності населення України (загальна захворюваність, захворюваність із тимчасовою втратою працездатності).....	147
4.5. Інвалідність.....	155
4.6. Фізичний розвиток.....	161

Розділ 5. Медико-соціальні аспекти найважливіших захворювань	
{Москаленко В.Ф., Назарова ОТ.).....	164
5.1. Хвороби системи кровообігу.....	166
5.2. Злоякісні новоутворення (ЗН).....	172
5.3. Травми.....	180
5.4. Психічні розлади.....	185
5.5. Наркоманії.....	189
5.6. Інфекційні та паразитарні хвороби.....	202
Розділ 6. Основи організації лікувально-профілактичної допомоги	236
6.1. Основи організації лікувально-профілактичного забезпечення дорослого населення {Москаленко В.Ф., Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	236
6.2. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню {Москаленко В.Ф., Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	258
6.3. Організація стаціонарної допомоги міському населенню {Москаленко В.Ф., Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	279
6.4. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини {Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	293
6.5. Організація лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню {Вороненко Ю.В., Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	310
6.6. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах {Полянський О.А.).....	332
6.7. Організація медичного забезпечення потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС {Прус Л.О., Чуйко А.П.).....	342
6.8. Організація швидкої медичної допомоги {Полянський О.А.).....	350
6.9. Організація медичної допомоги населенню літнього віку {Назарова ОТ.).....	368

Розділ 7. Медичне страхування

{Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Рудень В.В.}..... 381

7.1. Основи медичного страхування 381

7.2. Економічна сутність страхової медицини..... 391

7.3. Страхова медицина в економічно розвинених країнах світу..... 396

7.4. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні..... 404

Розділ 8. Охорона здоров'я матері та дитини 410

8.1. Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я матері та дитини
(Прус Л.О., Чуйко А.П.)..... 410

8.2. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги
(Гульчій О.П., Прус Л.О., Чуйко А.П.)..... 419

8.3. Організація медичної допомоги дітям
(Гойда Н.Г., Прус Л.О., Чуйко А.П.)..... 430

Розділ 9. Аналіз діяльності лікувально-профілактичних закладів і оцінка якості медичної допомоги

(Гульчій О.П., Прус Л.О., Чуйко А.П.)..... 458

9.1. Облік і звітність, показники діяльності, їх оцінка 458

9.2. Методика оцінки якості медичної допомоги 465

Розділ 10. Організація медичної експертизи працездатності

(Зоріна С.М.)..... 477

Розділ 11. Організація стоматологічної допомоги населенню

(Полянський О.А.)..... 493

11.1. Організація стоматологічної допомоги міському населенню..... 499

11.2. Організація стоматологічної допомоги сільському населенню..... 507

11.3. Організація стоматологічної допомоги вагітним жінкам і дітям..... 516

11.4. Методи вивчення стоматологічної захворюваності... 521

11.5. Аналіз діяльності стоматологічної служби..... 525

11.6. Стан стоматологічної допомоги населенню України та концепції її подальшого розвитку..... 530

Розділ 12. Організація санітарно-епідеміологічної служби

(Проданчук М.Г., Прус Л.О., Чуйко А.П.)..... 532

Розділ 13. Наукові основи управління	
<i>(Москаленко В.Ф., Криштопа Б.П., Журавель В.І.)</i>	570
13.1. Управління системою охорони здоров'я.....	570
13.2. Управління медичною справою (медико-санітарною допомогою, охороною здоров'я) в Україні (друга половина XVII-кінець XX ст.).....	570
13.3. Теоретичні основи науки управління.....	578
13.4. Комплексний підхід щодо удосконалення управління.....	580
13.5. Теорія управлінських систем.....	583
13.6. Загальна характеристика процесу управління.....	587
13.7. Функції управління.....	590
13.8. Технологічно-функціональні фази процесу управління ..	593
13.9. Менеджер у системі охорони здоров'я.....	596
Розділ 14. Економіка охорони здоров'я	
<i>(Столяров В.С.)</i>	599
14.1. Теоретичні основи.....	599
14.2. Планування в системі охорони здоров'я України	603
14.3. Ринок медичних послуг.....	609
14.4. Особливості ринку медичних послуг.....	616
14.5. Ціноутворення медичних послуг.....	619
Розділ 15. Системи охорони здоров'я в деяких економічно розвинутих зарубіжних країнах (Сполучені Штати Америки. Європейські країни. Велика Британія)	
<i>{Зоріна С.М.)</i>	625
Розділ 16. Всесвітня організація охорони здоров'я, її роль у вирішенні проблем здоров'я населення	
<i>(Москаленко В.Ф., Зоріна С.М.)</i>	632
Розділ 17. Проблеми медичної етики та деонтології	
<i>(Грандо О.А.)</i>	645
Рекомендована література.....	669

Підручник

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я

Під редакцією Вороненка Юрія Васильовича,
Москаленка Віталія Федоровича

Редактор	<i>ЛюдмилаЛабівська</i>
Науковий редактор	<i>ОльгаУсинська</i>
Технічний редактор	<i>СвітланаСисюк</i>
Комп'ютерна верстка	<i>СвітланаЛевченко</i>
Оформлення обкладинки	<i>ПавлоКушик</i>

Підписано до друку 04.09.2000. Формат 70x100/16.
Папір офсетний. Гарнітура Antigua. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 39,53. Обл.-вид. арк. 49,69.
Наклад 6000 прим. Зам. № 78.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
видавництва "Укрмедкнига".
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига".
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.