

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Стоматологічний

Кафедра Гігієни, медичної екології та громадського здоров'я

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної

роботи

Едуард



БУРЯЧКІВСЬКИЙ

“ 1 “ вересня 2024 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

Факультет стоматологічний, курс 1

Навчальна дисципліна «Соціальна медицина та громадське здоров'я»

Затверджено:

Засіданням кафедри гігієни та медичної екології
Одеського національного медичного університету

Розробники:

Професор Бабієнко В.В.

Ст. викл. Рожнова А.М.

Доцент Шанигін А.В.

Доцент Горошков О.В.

Доцент Коболєв Є.В.

Доцент Ватан М.М.

Доцент Дубовик

ЛЕКЦІЯ № 1

Тема: «Соціальна медицина та громадське здоров'я як наука. Доказова медицини, її значення для практики охорони здоров'я.»

Актуальність теми.

Хороші лікарі використовують і індивідуальну клінічну кваліфікацію, і кращі доступні зовнішні обґрунтовані докази, не обмежуючись чим-небудь одним. Без клінічної кваліфікації, практика ризикує придушуватися доказами, оскільки навіть чудовий зовнішній обґрунтований доказ може бути непридатним або невідповідним окремому пацієнтові. Без поточних кращих обґрунтованих доказів, практика ризикує стати швидко застарілою, шкідливою для пацієнтів.

Доказова медицина – підхід до надання медичної допомоги, що передбачає накопичення, інтерпретацію, і інтегрування надійних, важливих і обґрунтованих доказів, які витікають із клінічних випадків, клінічних спостережень, клінічних досліджень. Кращий доступний обґрунтований доказ, виходячи з обставин і переваг пацієнта, застосовується до нього, для поліпшення якості клінічних рішень.

Науково обґрунтована охорона здоров'я розширює застосування принципів доказової медицини до всіх професій, які пов'язані з охороною здоров'я, включаючи закупівельну діяльність і керування.

Мета: *Ознайомити* з: поняттями «громадське здоров'я», «біостатистика», «доказова медицина»;

- здобувач повинен засвоїти в чому полягає сутність, значення статистичного дослідження; знати етапи статистичного дослідження та порядок його організування; знати джерела статистичної інформації; знати методи збирання статистичної інформації;
- знати методи статистичних досліджень за часом та ступенем охоплення; знати правила побудови та заповнення статистичних таблиць;
- дати можливість здобувачам оволодіти методикою складання програми та плану статистичного дослідження; навчити підводити підсумки по результатах вибіркового дослідження.

Основні поняття:

Громадське здоров'я – це сфера знань та організована діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (ООЗ) — це наука яка вивчає закономірності формування здоров'я населення під впливом соціальних умов та факторів навколишнього середовища в різні історичні періоди розвитку суспільного виробництва, а також розробляє оптимальні системи надання медичної допомоги населенню.

Біостатистика – це розділ загальної статистики, котрий вивчає закономірності, що притаманні живій природі, з використанням статистичних методів.

План

1. Система громадського здоров'я та його принципи.
2. Історичні аспекти формування та період становлення соціальної медицини та громадського здоров'я.
3. Методологічна основа соціальної медицини та громадського здоров'я
4. Систематичні огляди та їх переваги.

Зміст лекційного матеріалу

1. Система громадського здоров'я та його принципи.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (ООЗ) — це наука яка вивчає закономірності формування здоров'я населення під впливом соціальних умов та факторів навколишнього середовища в різні історичні періоди розвитку суспільного виробництва, а також розробляє оптимальні системи надання медичної допомоги населенню

Громадське здоров'я – сфера знань та організована діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя

Система громадського здоров'я — комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Суспільне здоров'я - це здоров'я населення обумовлене комплексом соціальних і біологічних факторів. З позицій способу життя здоров'я населення являє соціально-демографічну категорію, відображаючи здібність членів суспільства повноцінно виконувати функції що до подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя який забезпечує збереження, укріплення і розвиток цієї здібності.

Громадське здоров'я включає в себе міждисциплінарні підходи епідеміології, біостатистики і охорони здоров'я. Іншими важливими галузями є гігієна довкілля, здоров'я населення, психогігієна, безпека руху, економіка охорони здоров'я, державна політика, психічне здоров'я, страхова медицина, безпека та гігієна праці, тощо.

Принципи системи громадського здоров'я:

- 1) принцип законності;
- 2) створення належних умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я (принцип справедливості щодо здоров'я);
- 3) цілісний підхід до здоров'я та визнання єдності його фізичних, психічних, психологічних, духовних і соціальних аспектів (принцип цілісності);
- 4) пріоритетність забезпечення здоров'я і благополуччя населення при фор-

муванні та реалізації державної політики, діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів у системі громадського здоров'я (принцип пріоритету здоров'я);

5) системне усунення або зменшення негативних наслідків для здоров'я від різних видів поведінки людини та видів діяльності (принцип мінімізації шкоди);

6) залучення всього суспільства до реалізації оперативних функцій громадського здоров'я і здійснення заходів у сфері громадського здоров'я та взаємна відповідальність за дії або бездіяльність у цій сфері (принцип участі та відповідальності);

7) вжиття заходів, необхідних для забезпечення високого рівня захисту здоров'я, у разі наявності потенційних ризиків для здоров'я та благополуччя населення (принцип перестороги);

8) міжгалузеве співробітництво та координація діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я (принцип міжсекторального підходу);

9) міжнародне співробітництво і спрямованість на застосування передових практик у сфері громадського здоров'я (принцип застосування кращих практик);

10) підзвітність та відповідальність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів у системі громадського здоров'я (принцип підзвітності та відповідальності);

11) доказовість та економічна доцільність при прийнятті рішень у сфері громадського здоров'я (принцип обґрунтованості рішень);

12) здійснення оперативних функцій суб'єктами в системі громадського здоров'я в межах області (принцип регіональної екстериторіальності).

2. Історичні аспекти формування та період становлення соціальної медицини та громадського здоров'я.

Період становлення соціальної медицини та громадського здоров'я, як наукової дисципліни, був непростим, вже чим можна пояснити неодноразову зміну змісту та предмету її викладання. Передумови для її виникнення були сформовані ще у XIX ст., спочатку у складі соціальної гігієни, а з XX ст. як самостійної науки (Грішьян А., Німеччина). Перший музей соціальної гігієни в Москві було створено Мальковим А.В. в 1918 році. В 1922 році М.А. Семашко (нарком охорони здоров'я) створив першу кафедру соціальної гігієни при Московському університеті. В 1923 році З.П. Соловійов (другий нарком) створив другу кафедру при II Московському медичному інституті. Також у 1923 році було створено Науково-дослідницький інститут в Москві. На території України предмет неодноразово змінював свою назву: «Соціальна гігієна» - 1923 рік, «Організація охорони здоров'я» - 1941 рік, «Соціа-

льна гігієна і організація охорони здоров'я» - 1966 рік, «Соціальна медицина і організація охорони здоров'я» - 1991 рік, «Соціальна медицина, громадське здоров'я» - 2018 рік і до тепер. Перші кафедри соціальної гігієни в Україні було засновано в 1923 році в Харкові, Одесі, Києві. Завідувачем кафедри на базі Одеського медичного інституту був Лев Васильович Громашевський, одночасно завідував кафедрою епідеміології.

У листопаді 2016 р. Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я.

У 2018 році в Україні запроваджено принцип збереження здоров'я населення, за якого всі ухваленні урядом рішення аналізуватимуться з точки зору впливу їх реалізації на громадське здоров'я.

З 2018 року на Україні було затверджено стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузь знань 22 «Охорони здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

В Україні друкується 4 спеціалізовані журнали з громадського здоров'я і охорони здоров'я, серед них: з 1999 року – «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», з 2001 року – «Охорона здоров'я України», з 2007 року - «Україна. Здоров'я нації», з 2008 року – «Східноєвропейський журнал громадського здоров'я».

Окрім цього, проблеми соціальної медицини та громадського здоров'я світового рівня освітлюються ВООЗ у трьох спеціалізованих журналах, а саме: «Здоров'я Світу», «Бюлетень ВООЗ», «Міжнародний форум охорони здоров'я».

Відповідно з прийнятими програмами викладання дисципліни предмет включає наступні розділи:

- *основні етапи розвитку охорони здоров'я (історія медицини);*
- *теоретичні основи соціальної медицини та ООЗ;*
- *медична статистика та демографія;*
- *методи вивчення здоров'я населення та критерії оцінки їх детермінуючих факторів;*
- *системи охорони здоров'я та питання їх управління.*

Методологічна основа соціальної медицини та громадського здоров'я складається з вивчення явищ і правильного трактування причинно-наслідкових зв'язків і взаємозалежності між станом здоров'я населення та факторами, які витікають із суспільних і виробничих стосунків.

Головними методами досліджень являються: 1) *статистичний*; 2) *історичний*; 3) *економічний*; 4) *експертних оцінок*; 5) *експериментальний*; 6) *епідеміологічний*; 7) *соціальний (соціально-психологічний)*; 8) *клінічний*; 9) *антропометричний*; 10) *антропологічний*; 11) *математичного і логічного моделювання*; 12) *метод системного аналізу*; 13) *демографічний*; 14) *метод гігієнічних досліджень та інші*.

Статистичний метод, як основний метод суспільних наук, широко використовується в області соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Він дозволяє встановити і об'єктивно оцінити зміни в стані здоров'я населення і визначити ефективність діяльності органів і закладів охорони здоров'я. Крім цього, він широко застосовується в медичних наукових дослідженнях (гігієнічних, фізіологічних, біохімічних, клінічних та ін.).

Історичний метод використовується в соціальній медицині і організації охорони здоров'я, так як він побудований на основі діалектичного розуміння процесів суспільного здоров'я і охорони здоров'я на різних етапах людської історії.

Метод економічних досліджень дає можливість виявити характер впливу економічних умов на організаційну структуру системи охорони здоров'я і навпаки, вклад медичних заходів в економіку країни.

Економічний метод застосовується для оцінки ефективності використання ресурсів охорони здоров'я, медичної допомоги та ефективності оздоровчих заходів, ефективності системи надання медико-санітарної допомоги. У ринкових умовах цей метод набуває особливу актуальність.

З ціллю пошуку більш ефективних методів організації системи надання медичної допомоги населенню раціонального використання ресурсів охорони здоров'я широко використовуються методи експертних оцінок та експериментальний метод.

Метод експертних оцінок служить додатком статистичному. Головною задачею його являється визначення прямим шляхом тих чи інших поправних коефіцієнтів, обговорювання фахівцями шляхом дискусії проблеми, узгодження позиції.

Експериментальний метод – це пошуки нових найбільш раціональних форм і методів роботи, створення моделей медичної допомоги в втілення передових досягнень, перевірка проектів, гіпотез, створення баз, медичних центрів та ін.

Поєднання методів ретро- та перспективних досліджень з запровадженням багатофакторного аналізу використовується при плануванні натурного експерименту та розробці медико-географічних карт.

Епідеміологічний метод - один із провідних методів СМіОЗ. Цей метод, є сукупністю способів вивчення здоров'я населення під впливом ендегенних (спадкових), екзогенних, соціальних та природних явищ.

Епідеміологічний підхід передбачає при вивченні зв'язати воедино основні складові у зміні здоров'я населення:

1. група людей, котрі проживають в умовах впливу певного фактору;
2. соціально-економічні та природно-кліматичні умови у яких реалізується дія фактора;
3. наявність специфічних та неспецифічних прояв в стані здоров'я досліджуваних факторів.

Розрізняють 4 основних способи реалізації епідеміологічного методу:

1. санітарно-статистичний.
2. медичне обстеження популяції.
3. натурного експерименту.
4. медично-географічного обґрунтування.

До теперішнього часу немає загально прийнятої методології дослідження взаємного зв'язку факторів детермінуючих здоров'я населення. Із досвіду застосування епідеміологічних методів їх можна об'єднати у три групи:

1-ий - коли дослідник у процесі наукового пошуку рухається від фактора до здоров'я;

2-ий - у випадку, коли причина зміни у стані здоров'я не відома, дослідження базується у зворотному напрямку від здоров'я до фактора. За допомогою таких методів вдається виявити відносну роль різних факторів, провести багатфакторний аналіз;

третья група медичних підходів - є комбінація перших двох.

Метод соціологічних досліджень - вивчення потреби в медичній допомозі, задоволення населення в якості і т.д.

В соціально-медичних дослідженнях можуть бути використані також *антропометричні методи, матеріали клінічних медичних дисциплін і фізіології, етнографічні показники, географічні умови розміщення людей та ін.*

Для доповнення і поглиблення цих даних можуть бути проведені спеціальні дослідження. Так, наприклад, для отримання більш глибоких даних про захворюваність людей деяких професій використовують результати, отримані при медичних оглядах цього контингенту. Для виявлення характеру та міри впливу соціально-гігієнічних умов на захворюваність, смертність і фізичний розвиток, можуть бути використані методи спостереження, опитування та інструментального дослідження (*антропометрія, вивчення забрудненості повітря, води, ґрунту*).

3. Методологічна основа соціальної медицини та громадського здоров'я.

Методологічна структура соціальної медицини СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА



2. *Об'єкт дослідження:* громадське (суспільне) здоров'я – здоров'я, як біологічне явище; як біосоціальне явище; зовнішні фактори, котрі формують здоров'я; системи і засоби охорони здоров'я.
3. *Проблемні задачі:* вивчення та вдосконалення морфо-функціональних якостей організму, вивчення та вдосконалення способу життя людини, вивчення та вдосконалення зовнішнього середовища, вивчення та вдосконалення системи охорони здоров'я.
4. *Цілі:* формування оптимального рівня біологічної надійності, формування здорового способу буття, формування оптимального середовища, формування оптимальних систем охорони здоров'я.
5. *Інтегральна мета:* забезпечення оптимального рівня суспільного здоров'я в реальних соціально-економічних умовах життєдіяльності.

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.

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

Глобалізація інформаційних процесів у всіх сферах знань і, зокрема, в медицині поставила якісно нові проблеми вибору рішення перед лікарем, організатором охорони здоров'я і пацієнтом. Навіть у нових довідниках часто приводять застарілі відомості, а рекомендації експертів в підручниках і оглядах не підтверджуються доказами. Тому при прийнятті будь-якого рішення в медицині (лікувального, діагностичного, управлінського) виникає проблема вибору підходу, який базується на практиці, досвіді, інтуїції, на логіці наукових уявлень чи на доказах ефективності та безпеки, отриманих у процесі добросовісних експериментів.

Вирішити ці проблеми може тільки медицина, яка базується на доказах (evidence-based medicine), або доказова медицина. Зараз вона знаходиться в центрі уваги клініцистів, керівників системи охорони здоров'я, юристів, пацієнтів та громадськості. Доказова медицина передбачає добросовісне, обґрунтоване та засноване на здоровому глузді використання найкращих сучасних доказів для лікування кожного пацієнта. Згідно іншого визначення, доказова медицина – це розділ медицини, котрий базується на доказах, що передбачають пошук, порівняння, узагальнення та розповсюдження отриманих доказів для використання в інтересах хворих.

Практика доказової медицини передбачає об'єднання індивідуального клінічного практичного досвіду з найкращими доступними незалежними клінічними доказами, що отримані із систематизованих досліджень. Під індивідуальним клінічним практичним досвідом розуміють професіоналізм і судження, котрі були отримані окремим клініцистом засобами його клінічної практики. Під найкращими незалежними клінічними доказами розуміють дані клінічно релевантних досліджень, часто в фундаментальних галузях медицини, але в основному, клінічних досліджень із збереженням акуратності та точності діагностичних тестів (включаючи клінічні обстеження пацієнтів), оцінки адекватності прогностичних маркерів, а також ефективності та безпечності терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів. Лікарі повинні використовувати як індивідуальний клінічний практичний досвід, так і найкращі доступні клінічні докази і ніколи – тільки щось одне. Без індивідуального практичного клінічного досвіду на прийняття практичних рішень значно впливають докази, отримані навіть при бездоганно проведених дослідженнях, котрі можуть виявитися неадекватними для окремо взятого пацієнта. З іншої сторони, прийняття практичних рішень, не беручи до уваги незалежні практичні рішення, можуть також нанести шкоду пацієнту.

Визначення доказовості.

Лікар, який використовує у своїй практичній роботі принципи доказової медицини, завжди зіставляє індивідуальні клінічні знання й власний досвід з доказами ефективності методів лікування і лікарських засобів, отриманими іншими клініцистами в системних дослідженнях, і сумлінно, точно й осмислено використовує кращі результати для вибору лікування конкретного хворого.

Методологічною основою доказової медицини є системні дослідження – науково обґрунтовані, добре організовані клінічні дослідження з визначенням кінцевих «точок» – одужання пацієнта, розвиток можливих ускладнень тощо.

Стандартом якості наукових досліджень по ефективності лікування є рандомізовані контрольовані клінічні випробування.

Усі рандомізовані клінічні дослідження базуються на сучасному рівні:

- клінічних уявлень з діагностики захворювань і фундаментальних досліджень з їхнього патогенезу;
- експериментальних досліджень з вивчення фармакологічних властивостей і механізмів дії препаратів.

Клінічні дослідження мають бути контрольованими, рандомізованими і, найчастіше, подвійними сліпими. Контрольоване дослідження передбачає ретельний підбір хворих відповідно до критеріїв включення / не включення відповідно до протоколу дослідження.

Рандомізоване дослідження (англ. random - випадкове) - випадковий, тобто незалежний від бажання лікаря-дослідника и хворого розподіл пацієнтів на експериментальну и контрольну групи. Мета рандомізації – уникнути селекції хвороб и створити умови для порівняння ефектів лікарського препарату з плацебо або іншим лікарським препаратом.

Подвійний сліпий метод - дослідження, коли ні лікар, ні хворий не знають, який препарат приймає пацієнт. Простий (одиначний) сліпий метод - лише хворий не інформований про препарат. Лікар знає, які ліки приймає его пацієнт. Відкрите дослідження - і лікареві, и хворому відомо, яким препаратом здійснюється лікування.

Найбільш доказовими дослідженнями ефективності лікарських засобів є рандомізовані подвійні сліпі контрольовані дослідження. Ці масштабні, нерідко міжнародні, дослідження ґрунтуються на жорстких принципах, послідовність яких відслідковується впродовж Всього дослідження.

На етапі планування дослідження:

- формулюються чіткі наукові запитання, наприклад: а) Чи відрізняється ефективність методу лікування, що вивчається, від плацебо (плацебо-контрольовані дослідження)? б) Чи відрізняється ефективність методу лікування, що вивчається, від раніше існуючого (порівняльні дослідження)? в) Наскільки безпечний метод діагностики або лікування? г) Наскільки метод діагностики ефективний и точний у визначенні ознаки, що вивчається?

- чітко прописується план майбутнього дослідження.

«Золотий стандарт» для дослідження нового методу лікування, без чого в розвиненнях странах (США та Західної Європи) жоден препарат не потрапляє на ринок, є подвійне сліпе плацебо-контрольоване клінічне дослідження. Такий план дозволяє отримати результати, які можуть трактуватися тільки в одному напрямку, без «розходження», тобто трактування результатів не залежить від переваги (або корисності) дослідження.

- дослідники отримують згоду комітету з етики. Суть цього полягає в тому, щоб наукові дослідження ні в якому разі НЕ порушували права людей, які їх приймають. Пацієнти НЕ повинні бути позбавлені найбільш ефективних із відомих засобів. Засіб, что випробовується не повинен бути токсичним, канцерогенним, викликати небажані реакції та ефекти, які погіршують здоров'я пацієнта тощо.

Після того, як дослідження сплановано и ухвалено, починається його безпосереднє проведення. У проведенні таких досліджень, як правило, беруть участь десятки медичних центрів з різних стран, діяльність яких чітко контролюється незалежними. Кількість пацієнтів, що беруть участь у дослідженні, може становити від

декількох десятків до мільйона. Отримані результати піддаються ретельній статистичній обробці та аналізу, що дозволяє виявити та оцінити достовірність отриманих розбіжностей.

Висновки та рекомендації для лікарів та пацієнтів, а також впровадження в стандарти надання медичної допомоги відбуваються лише на основі достовірних і перевірених результатів дослідження. Стандарти надання медичної допомоги створюються погоджувальними комісіями та комітетами експертів на основі цих достовірних досліджень.

Таким чином, сучасні дослідження найвищого рівня доказовості здатні продукувати надійні факти, які відповідають основам клінічної практики. Вони створюють фундамент доказової медицини, яка на відміну від емпіричної, дозволяє здійснювати діагностику та лікування з найвищою ефективністю та безпечністю і найменшими витратами.

Впровадження принципів доказової медицини у практичну діяльність лікаря вимагає:

- проведення наукових досліджень з високим рівнем доказовості;
- наявності наукових журналів так званого «високого рівня цитування», у яких публікують роботи лише високої наукової значущості;
- наявності лікарів, які знають, що, в яких журналах і як потрібно читати;
- можливості застосування знань на практиці;
- зацікавленості самих пацієнтів у реалізації принципів доказової медицини;
- зацікавленості держави у розповсюдженні достовірних наукових знань серед лікарів, фармакологів та пацієнтів;
- зацікавленості лікарів у розповсюдженні доказової медицини, яка виражається у створення потужних лікарських асоціацій, що займаються створенням стандартів медичної допомоги та контролюють їх виконання.

Робота в доказовій медицині складається з чотирьох основних етапів:

- Формулювання чіткої клінічної проблеми, виходячи із специфіки пацієнта.
- Пошук літератури з поставленої проблеми.
- Оцінка (критичний підхід) досліджень на предмет їх валідності і корисності.
- Застосування корисних знахідок у клінічній практиці.

Відповідь на поставлену проблему можна знайти в монографіях, журналах, збірниках праць, тезах, загальнонаукових та науково популярних виданнях, базах даних, електронних публікаціях.

Монографія може використовуватись для пошуку бібліографічних вказівників, але інформація, що наведена, швидко застаріває і не містить повноцінних рекомендацій щодо чітких, обґрунтованих дій.

Журнали – основне джерело первинної наукової інформації, відображають сучасні тенденції в науці та практиці, але часто мають вузькоспеціалізовану тематику. Не існує великої кількості міждисциплінарних журналів.

Медичні журнали необхідно читати для того, щоб бути в курсі своєї професійної області; знати, як працюють з хворими кваліфіковані спеціалісти, як використовувати методи діагностики, знати клінічні особливості і протікання захворювання; розуміти етіологію та патогенез хвороб; відрізнити корисне лікування від марного та шкідливого втручання; орієнтуватися в повідомленнях про необхідність, користь, вигоду та економічність методів лікування і профілактики.

4. Систематичні огляди та їх переваги

Систематичні огляди – традиційні описові огляди, які часто містять зсунені оцінки кінцевих результатів через недостатність застосування наукового підходу. Альтернативним підходом, який набуває все більшої популярності, є складання систематичних оглядів, що включають відповідне статистичне узагальнення фактів (мета-аналіз). Основана на доказах клінічна медицина залежить від доступності якісних узагальнень, які можуть бути отримані з ретельно складених систематичних оглядів.

У систематичних оглядах збираються, критично оцінюються й узагальнюються результати первинних досліджень по визначеній темі або проблемі. При підготовці систематичних оглядів використовуються підходи, що зменшують можливість систематичних і випадкових помилок. Систематичні огляди допомагають лікарям бути в курсі сучасної інформації, незважаючи на величезну кількість медичних публікацій, можуть допомогти обґрунтувати клінічні рішення результатами досліджень, хоча самі по собі вони не дозволяють приймати рішення і не замінюють клінічного досвіду.

Перевагами систематичних оглядів є:

- наявність сумарно достовірного результату;
- можливість виявлення проблем індивідуальної чутливості;
- сприяння утворенню об'єднаних інформаційних мереж і розширенню професійного спілкування;
- оцінка (критичний підхід) досліджень на предмет валідності та користі;
- застосування корисних знахідок у клінічній практиці.

Мета-аналіз

Традиційний описовий аналіз медичної інформації часто призводить до викривлення інформації. Альтернативним підходом, котрий набуває все більшої популярності, є систематизований аналіз із статистичним узагальненням даних (мета-аналіз).

Мета-аналіз включає визначення основної мети аналізу, вибір способів оцінки результатів, систематизований пошук інформації, узагальнення кількісної інформації, аналіз її за допомогою статистичних методів, інтерпретація результатів.

Пошук інформації для мета-аналізу вимагає певного досвіду. При відсутності систематизованого підходу багато важливих досліджень можуть бути не врахованими. Навіть при ретельному комп'ютерному пошуку не завжди вдається виявити потрібні дослідження через погане індексування. З цієї причини комп'ютерний відбір потрібно доповнювати «ручним» пошуком досліджень, вивченням списків літератури в статтях і запитами дослідників і виробників лікарських препаратів, що працюють у відповідній сфері.

Найвищий рівень достовірності забезпечують рандомізовані контрольовані дослідження, але в певних умовах, наприклад, при аналізі небажаних ефектів, більш інформативними є ретроспективні (випадок–контроль) або проспективні дослідження, тобто дослідження-спостереження. Проте, багато аналітиків вважає, що в якості доказів можна використовувати лише результати рандомізованих контрольованих досліджень.

При узагальненні даних обов'язковою є критична оцінка досліджень, що порівнюються. Іноді узагальнення результатів виявляється неможливим через малу кількість дослідного матеріалу, їх неспівставленості одне з одним або подібного викладу. У деяких випадках окремі досить надійні випробування можуть якісно відрізнитися від багатьох інших, що не дозволяє об'єднати їхні результати для статистичного аналізу. У цьому випадку альтернативою мета-аналізу може бути «синтез найкращого доказу», котрий використовується при відсутності надійних досліджень. В таких випадках проводять ретельний аналіз доступних досліджень та визначають, чи достатньо отриманої інформації для висновків. Далі висновки повинні бути перевірені в рандомізованому контрольованому дослідженні.

При наявності достатньо однорідних досліджень виправданим є їх статистичне об'єднання, що дозволяє більш об'єктивно оцінити ефект. Статистичні методи об'єднання даних багаточисельні та різноманітні, а їхній вибір залежить від характеристик доступних показників. Існують методи об'єднання даних про виживання, залежності доза-ефекту, інформативність діагностичних тестів.

Мета-аналіз проводять для того, щоб узагальнити існуючу інформацію і розповсюдити її в зрозумілому для читачів вигляді.

Кумулятивний мета-аналіз дозволяє побудувати кумулятивну криву накопичення оцінок при отриманні нових даних.

Проспективний мета-аналіз – спроба розробки мета-аналізу досліджень, що плануються. Такий підхід може виявитися прийнятним в галузях медицини, де вже існує мережа обміну інформацією та спільних програм.

На практиці замість проспективного мета-аналізу часто застосовують проспективно-ретроспективний мета-аналіз, об'єднуючи нові результати з раніше опублікованими.

Мета-аналіз індивідуальних даних базується на вивченні результатів лікування окремих хворих. Найближчим часом мета-аналіз індивідуальних даних, скоріше за все, буде обмежуватися вивченням основних захворювань, лікування яких вимагає масштабних централізованих капіталовкладень.

Переваги мета-аналізу

Мета-аналіз дозволяє науково обґрунтованим і відтворюваним способом узагальнити інформацію, отриману з різних джерел, що дає ряд переваг. У тому числі, може об'єднати дослідження, дані яких є статистично недостовірними, що забезпечить достовірний сумарний результат. При узагальненні може проявитися неоднорідність результатів, вивчення причин якої дозволяє виявити інші клінічні проблеми. Наприклад, ефективність методу лікування залежить від індивідуальних особливостей організму. Відповідно, можна прогнозувати результати терапії в окремих групах хворих при наявності у них цих особливостей і перевірити цю гіпотезу в майбутніх дослідженнях. Під час мета-аналізу автори постійно спілкуються із своїми колегами, котрі проводили дослідження, для з'ясування тих чи інших аспектів опублікованих ними повідомлень або пошуку інших досліджень. В результаті формуються інформаційні мережі, котрі в майбутньому полегшать проведення індивідуального і перспективного мета-аналізу.

Проблеми мета-аналізу

Зсув оцінки. Існує декілька причин зсуву оцінок при мета-аналізі. В тому числі, вони пов'язані з прагненнями авторів публікувати позитивні, а не негативні результати. Запропоновано статистичний метод, що дозволяє виявити подібний зсув та виправити його при аналізі. Більше того, при аналізі чутливості сумарної оцінки прийнято враховувати кількість досліджень з негативним результатом (індекс надійності), котрі були б потрібними для попередження будь-якого позитивного результату, що спостерігається. Іншими можливими причинами зсуву можуть бути: незакінченість інформаційного пошуку; невдалі критерії відбору джерел; викладу в оригінальних повідомленнях.

При традиційному описовому аналізі причин для помилок значно більше. Об'єднання різнорідних досліджень. Критики мета-аналізу вважають, що в ньому «яблука змішуються з апельсинами», а інтерпретація результатів неможлива. Проте грамотно виконаний мета-аналіз далекий від подібних критичних зауважень, оскільки передбачає наявність строгих критеріїв відбору досліджень та ретельний аналіз наявної неоднорідності. Включення неопублікованих даних. При мета-аналізі автори намагаються виявити всі дослідження в певній області – опубліковані або

неопубліковані. Останні можуть бути методологічно слабкими, проте ретельна оцінка якості досліджень перед включенням їх в мета-аналіз усуває цей недолік. «Золотий стандарт». Таким стандартом зазвичай вважають добре проведене клінічне дослідження, що має адекватний план та розмір вибірки. При наявності декількох схожих досліджень мета-аналіз дозволяє отримати беззаперечні факти. Проблеми виникають при розбіжності результатів одного масштабного та декількох невеликих досліджень. Причини розбіжності необхідно з'ясувати, не піддаючись спокусі орієнтуватися на результати масштабного дослідження.

Ретельність необхідна навіть при використанні «золотого стандарту». Не існує «золотого стандарту» на всі випадки життя, він може бути тільки відносний. Оцінка якості. Запропоновані різні методи оцінки окремих досліджень. Деякі з них виключно складні і передбачають використання більше 30 критеріїв, що робить неоднозначною корисність таких методів. Рекомендують перевіряти залежність оцінки результатів мета-аналізу від якості дослідження. При наявності будь-якої залежності необхідна її інтерпретація.

Кокранівські бази.

У своїй програмній книзі відомий англійський епідеміолог Арчі Кокран звернув увагу на те, що суспільство перебуває в темряві відносно істинної ефективності лікарських втручань. Прийняття рішень на основі достовірної інформації неможливе у зв'язку з недоступністю узагальнених даних про ефективність лікарських втручань. Кокран писав: «Соромно, що медики до цього часу не створили системи аналітичного узагальнення всіх актуальних рандомізованих клінічних випробувань (РКВ) із всіх дисциплін та спеціальностей з

Принципи.

За роки, що пройшли з моменту створення, Кокранівське Співробітництво пережило значних змін, не відступивши при цьому від проголошених завдань та принципів. Головне завдання цієї міжнародної організації – створення, оновлення та розповсюдження систематичних оглядів результатів лікарських втручань, які повинні полегшити зацікавленими особам у прийнятті рішення в різних областях медицини.

Кокранівське Співробітництво базується на восьми принципах:

- дух співробітництва;
- ентузіазм учасників;
- відсутність дублювання в роботі;
- мінімізація упереджень та систематичних помилок;
- постійне оновлення даних;
- актуальність оглядів;
- доступність оглядів;

- постійне підвищення якості роботи.

Проблемні групи зі створення систематичних оглядів

Систематичні огляди – головний результат діяльності Кокранівського Співробітництва – регулярно публікуються в електронному вигляді під назвою «CochraneDatabase of Systematic Reviews» (Кокранівська база даних систематичних оглядів). Складанням та оновленням Кокранівських оглядів займаються міжнародні проблемні групи. В роботі групи приймають участь дослідники, лікарі, представники організації споживачів – всі, хто зацікавлений в отриманні надійної, сучасної й актуальної інформації у сфері профілактики, лікування та реабілітації при різних захворюваннях (рисунок 8).

Кокранівська електронна бібліотека

Для забезпечення єдиної методологічної основи та єдиного електронного формату Кокранівських оглядів, розроблено спеціальне програмне забезпечення. Програма RevMan використовується при укладанні та оновленні оглядів. Програма Module Manager (ModMan) дозволяє редакційній команді проблемної групи готувати інформаційні блоки, куди входять закінчені огляди та протоколи оглядів, складені учасниками цієї групи. До інформаційного блоку також включають дані про саму проблемну групу, наприклад, її спеціалізація та стратегія, що використовується для поповнення та оновлення спеціалізованого реєстру досліджень. Цей реєстр поповнюється самими учасниками групи, а також інформацією, яка поступає з центрального Кокранівського реєстру контрольованих випробувань. Останній, в свою чергу, також поповнюється учасниками проблемних груп

Питання для самоконтролю:

1. Соціальна медицина та громадське здоров'я – наука, яка вивчає закономірності громадського здоров'я та систему його охорони. Значення соціальної медицини для формування охорони здоров'я.
2. Історія розвитку та методи соціальної медицини: статистичні, демографічні, історичні, експериментальні, епідеміологічні, економічні, соціологічні, методи експертних оцінок, моделювання, прогнозування.
3. Поняття про клінічну епідеміологію. Класифікація епідеміологічних досліджень.
4. Доказова медицина та якість проведення клінічних досліджень.
5. Біостатистика як основна складова системи доказової медицини. Основні етапи розвитку біостатистики.

Список використаних джерел

1. Біостатистика : підручник / за заг. ред. Т. С. Грузевої. Вінниця : Нова Книга, 2020. 384 с.

2. Громадське здоров'я: навчальний посібник [Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Гре-чишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с
3. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by RogesDetels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. - Oxford University Press, 2017. - 1728 p.
4. Medical Statistics at a Glance Text and Workbook. Aviva Petria, Caroline Sabin. - Wiley-Blackwell, 2013. - 288 p.
5. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
6. Громадське здоров'я /За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
7. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Во-роненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

Інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я www.who.int
2. Кохрейнівський центр доказової медицини www.cebm.net
3. Кохрейнівська бібліотека www.cochrane.org
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я www.cche.net
6. Центр контролю та профілактики захворювань www.cdc.gov
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України www.phc.org.ua
8. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх»: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
9. Журнал British Medical Journal www.bmj.com

ЛЕКЦІЯ № 2

Тема «Здоров'я населення: методологія вивчення та особливості демографічних процесів»

Актуальність теми:

Соціальна медицина як наука вивчає закономірності впливу соціальних та економічних факторів на здоров'я різних соціальних груп населення, дає теоретичне обґрунтування системі державних та громадських заходів щодо охорони та зміцнення

здоров'я суспільства. Громадські заходи соціально-економічного характеру з охорони здоров'я супроводжували людство протягом усієї історії. Вони видозмінювалися залежно від соціально-економічного устрою, від змін способу виробництва та виробничих відносин, державного устрою, політичного, соціального та економічного становища певних соціальних груп населення тощо.

Мета: засвоїти в чому полягає сутність, значення використання в медичній практиці відомостей про чинники, що впливають на здоров'я населення, методика розрахунку та оцінки ризиків.

Основні поняття:

Термін	Визначення
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.
Детермінанти здоров'я	- це соціальні, екологічні, політичні чинники та умови навколишнього середовища, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють.
Екологічна перспектива	- концептуальна рамка, яка використовує розуміння чинників на різних рівнях соціо-еко-системи людини для планування дієвих інтервенцій, направлених на зміну певних поведінкових патернів.
Чинники, що впливають на здоров'я	- це потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовищ, що підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату.
Фактором ризику хвороби чи смерті	- є ендогенний або екзогенний додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті.
Здоров'я населення	- це умовне статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом медичних показників: демографічних, захворюваності, фізичного розвитку, інвалідності, донозологічного стану.

План.

1. Поняття «суспільне здоров'я».
2. Визначення поняття «здоров'я».
3. Методика розрахунку та оцінка чинників, що впливають на здоров'я населення.
4. Визначення поняття «демографія»

Зміст лекційного матеріалу

1. Поняття «суспільне здоров'я».

Всесвітня організація охорони здоров'я дає таке тлумачення поняттю: "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".

Коли мова йде про **популяційне (громадське) 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.

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.)

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 (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив на здоров'я населення факторів ризику

Група факторів ризику	Частка впливу (%)
Спосіб життя паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідлива праця, стреси, гіподинамія, поганий побут, наркотики, неповна чи багатодітна сім'я, гіперурбанізація	51-52
Навколишнє середовище забруднені повітря, вода, їжа, ґрунт, рівень радіації, електромагнітні поля	20-21

Біологічні чинники спадковість, конституція, стать, вік	19-20
Медичні чинники щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8-9

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.

Спосіб життя як усе, що в діяльності людей має відношення до збереження і зміцнення здоров'я й оздоровленню умов життя (праці, відпочинку, побуту і т.д.), сприяючи виконанню людиною своїх соціальних функцій. На думку Ю.П. Лисицина, увагу треба сфокусувати на рівні медичної культури населення (ступінь оволодіння сукупністю норм поведіння. Забезпечуючи функціональну діяльність організму: гігієна праці, відпочинку, харчування, режим розумової праці, профілактика захворювань, відмовлення від шкідливих звичок, ін.) і його медичної активності.

2. Визначення поняття «здоров'я».

Здоровий спосіб життя – це найважливіша соціально-гігієнічна категорія, цей засіб і активна форма профілактики. Саме від здорового способу життя, від особистої охорони здоров'я в значно більшому ступені, чим від охорони здоров'я, залежить здоров'я людей.

Дослідженнями вітчизняних і закордонних учених встановлено, що хвороби системи кровообігу на 54-55%, нещасливі випадки на 51-55%, дорожньо-транспортні випадки на 65-70%, цукровий діабет на 30-40% обумовлені нездоровим способом життя.

З захворювань Кальченко (1990) виділяє 9 *медико-гігієнічних ознак (норми) здорового способу життя*:

- дотримання правил гігієни праці і техніки безпеки,
- володіння прийомами психогігієнічної і психотерапевтичної самодопомоги,
- відмовлення від паління,
- достатня фізична активність,

- збалансоване харчування,
- відмовлення від споживання алкоголю,
- зацікавлене відношення до диспансеризації,
- своєчасне звертання за медичною допомогою при виникненні гострих і загостренні хронічних захворювань,
- уміння зробити першу долікарську допомогу при невідкладних станах.

Дані норми спрямовані на забезпечення рівноваги між адаптаційними можливостями організму і гігієнічно неадекватним середовищем шляхом корекції поведінки людей, а також на збільшення сприятливих результатів після позитивної медичної активності населення у випадку зриву адаптації (чи виникнення загострення захворювання, погіршення стану).

Здоровий спосіб життя – один з безлічі параметрів концепції цілісного гармонічного буття людини. Яка осмислює зв'язок способу життєдіяльності і здоров'я. Виходячи із соціальної сутності людини, особливості способу життя необхідно вивчати на рівні суспільства в цілому, окремих класів, соціальних груп, колективу у родини. У якості інтегральних складених такої концепції виступають:

- гармонія «людина – природа» (забезпечує здоров'я суспільства),
- звільнення від експлуатації (формує здоров'я класу),
- творчий зміст праці (формує здоров'я соціальної групи),
- ріст професійної кваліфікації (веде до здорового способу життя трудового колективу),
- взаємодопомога (забезпечує здоров'я родини).

3.Методика розрахунку та оцінка чинників, що впливають на здоров'я населення

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.

Маючи інформацію, наприклад, про рівні смертності населення працездатного віку за статтю від нещасних випадків, отруєнь 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 чисель-

нику за рахунок наявності певних потенціуючих 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 багато-факторного 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 і на основі використання формули Байеса та основних и 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.

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. 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.

4.Визначення поняття «демографія».

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 численність, склад особливості розселення тощо) – так звана **статистика 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).

Основним джерелом інформації про чисельність і склад населення є *перепис населення*.

Показники ризику і методика їх розрахунку

Термін	Зміст	Методика розрахунку
Абсолютний, додатковий ризик (різниця ризиків, attributable risk - AR)	Який рівень захворюваності (або її наслідків), обумовлений дією фактора ризику?	(Коефіцієнт захворюваності в осіб, які зазнали дію фактора ризику) - (Коефіцієнт захворюваності в осіб, які не зазнали дію фактора ризику)
Відносний ризик (відношення ризиків, relative risk - RR)	У скільки разів захворюваність (або її наслідки) серед осіб, які зазнали впливу фактора ризику, вища, ніж серед осіб без ФР	(Коефіцієнт захворюваності в осіб, які зазнали впливу фактора ризику) / Коефіцієнт захворюваності в осіб, які не зазнали впливу фактора ризику
Додатковий популяційний ризик (population attributable risk ARp)	Яка додаткова захворюваність у популяції, пов'язана з фактором ризику	(додатковий ризик) x (поширеність фактора ризику у популяції)

<p><i>Додаткова частка популяційного ризику (population attributable risk fraction – AFp)</i></p>	<p>Яка частка випадків захворювання (або його наслідків) у популяції обумовлена дією фактора ризику</p>	<p>додатковий популяційний ризик/ коефіцієнт поширеності захворювань</p>
---	---	--

Чисельність населення України на початок 2018 року за даними Державної служби статистики становила 42 386,4 тис. осіб, з них 29 315,2 тис. осіб (69,2%) припадало на міське населення 13 121,3 тис. осіб (30,8%) – на мешканців сільської місцевості. Отже, в структурі переважає міське населення, тобто має місце тенденція урбанізації.

Статеву структуру 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 (з 37 років і старше) чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків внаслідок більш високої смертності чоловіків.

На початок 2018 року чисельність жіночого населення України складала 22,8 млн осіб (53,8%), а чоловічого населення – 19,6 млн осіб (46,2%). На кожні 1000 чоловіків припадає 1159 жінок.

Для вікової структури населення України характерні дві найважливіші тенденції:

1. зменшення частки дітей (16,2%);
2. зростання питомої ваги населення старших вікових груп (22,5%).

Поглиблення процесу постаріння населення України обумовлено, головним чином, зниженням рівня народжуваності.

Зменшення частки дітей у структурі населення, з одного боку, та зростання частки осіб старших вікових груп, з другого, призводить до зростання економічного навантаження на працездатний вік. Розраховують показник “ демографічного навантаження ” як співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення.

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.

Визначення поняття “ народжуваність ” досить складне. Потрібно розрізняти такі поняття як живонародження та мертво-народження.

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, перерізана пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

Смерть плода – 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.

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:

$$\text{Загальний показник народжуваності} = \frac{\text{Число народжених живими за рік} \times 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \\ (\text{частота народжуваності})$$

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 і розраховується таким чином:

$$\text{Спеціальний показник народжуваності} = \frac{\text{Число народжених живими за рік} \times 1000}{\text{Число жінок у віці 15-49 років}}$$

Крім вище означеннях, застосовуються ще такі спеціальні показники:

- сумарний показник відтворення населення - кількість дітей, народжених жінкою протягом фертильного періоду її життя (15-49 років);
- бруто - коефіцієнт відтворення - кількість 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.

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).

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.

Середня очікувана тривалість життя як ключовий показник здоров’я

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.

В Україні середня очікувана тривалість життя в минулому році дорівнювала майже 72 років. Про це повідомляється в звіті Державної служби статистики.

Розрахунок середньої тривалості життя населення здійснюється за формулою :

$$e_x^0 = \frac{T_x}{l_x}$$

де :

l_x – число людей, які доживають до віку (x);

T_x - число майбутніх людин – років життя.

Смертність немовлят – один із вікових показників смертності. Він характеризує частоту смерті дітей на 1-му році життя.

Формула розрахунку рівня смертності немовлят за рекомендаціями ВООЗ така:

$$\text{Рівень смертності немовлят} = \frac{\text{Число померлих у віці до 1 року з покоління поточного року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими в}} + \frac{\text{Число померлих у віці до 1 року з покоління минулого року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими в}}$$

Таким чином, перші сім днів життя враховують для розрахунку показників смертності немовлят і перинатальної смертності.

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.

Питання для самоконтролю

1. Визначення поняття здоров'я: індивідуальний, теоретичний, практичний та популяційний підходи.
2. Провідні групи чинників, які впливають здоров'я населення.
3. Чинники ризику, що впливають здоров'я: класифікація, методи вивчення.
4. Що таке демографія та її розділи.
5. Що таке народжуваність, смертності та способи розрахунку.

Список використаних джерел

1. Біостатистика : підручник / за заг. ред. Т. С. Грузевої. Вінниця : Нова Книга, 2020. 384 с.
2. Громадське здоров'я: навчальний посібник [Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Грецишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с
3. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by RogesDetels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. - Oxford University Press, 2017. - 1728 p.
4. Medical Statistics at a Glance Text and Workbook. Aviva Petria, Caroline Sabin. - Wiley-Blackwell, 2013. - 288 p.
5. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
6. Громадське здоров'я /За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
7. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

Інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я www.who.int
2. Кохрейнівський центр доказової медицини www.cebm.net
3. Кохрейнівська бібліотека www.cochrane.org
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я www.cche.net
6. Центр контролю та профілактики захворювань www.cdc.gov
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України www.phc.org.ua
8. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх»: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

9. Журнал British Medical Journal www.bmj.com

10. Журнал Evidence-Based Medicine www.evidence-basedmedicine.com.

ЛЕКЦІЯ № 3

Тема: «Загальні тенденції захворюваності населення. Інвалідність та фізичний розвиток як показники здоров'я населення.»

Актуальність.

Певні відомості, про рівень і характер захворюваності населення у цілому та по різних його віково-статевим, соціальним, професійним та іншим групам, потрібні для комплексної оцінки стану здоров'я, планування лікувально-профілактичних та соціальних заходів, обґрунтування різних видів спеціалізованої допомоги, раціонального використання матеріальних і кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Мета: засвоєння основ організації медичної допомоги, принципів оцінки організації та якості надання різних видів медичної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Основні поняття

Термін	Визначення
Захворюваність населення	Збірне поняття, яке включає в себе показники, що характеризують рівень різних захворювань та їх структури серед усього населення або окремих його груп на даній території.
Загальна захворюваність	враховує поширеність усіх хвороб серед всього населення в цілому і окремих захворювань в певних його групах на даній території за результатами звернень.
Загальна захворюваність, або поширеність захворювань (Prevalence)	рівень всіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому зверненні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);.
Первинна захворюваність (Incidence)	згідно ВООЗ рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання.
Група ризику	Група людей, які через свого біологічного, соціального статусу, поведінки або умов навколишнього середовища більш схильні до виникнення хвороб або порушень здоров'я в порівнянні з рештою населення.
Епідеміологія (як наука)	Наука про виникнення і поширення захворювань в людській популяції. Сучасна епідеміологія вивчає як інфекційні, так і неінфекційні захворювання, а також закономірності їх поширення і методи боротьби з ними

<p>Фактори ризику</p>	<p>Фактори умов існування, які становлять загрозу для самого здоров'я або виникнення захворювань. Вони можуть надавати генералізований або спеціалізований вплив, тобто, вплив на весь організм або на певну його систему, наприклад, серцево-судинну, травну, статеву, нервову. Вплив може бути гострим або хронічним. Соціально-економічне становище, біологічний статус, стереотипи поведінки або умови навколишнього середовища, які асоціюються з підвищеною сприйнятливістю до конкретного захворювання або є причиною погіршення здоров'я або травми. Потенційно шкідливі для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру; навколишнього та виробничого середовища, які підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату.</p>
------------------------------	--

План.

1. Визначення терміна "захворюваність населення".
2. Спеціальні види захворюваності.
3. Основні тенденції окремих видів захворюваності в різних регіонах світу та в Україні
4. Хвороби системи кровообігу
5. Злоякісні новоутворення (ЗН)
6. Динаміка та структура захворюваності на території України

Зміст лекційного матеріалу

1. Визначення терміна "захворюваність населення".

Захворюваність населення посідає особливе місце в комплексі медико-соціальних показників, адже саме вона є основною причиною смертності, а також тимчасової та стійкої втрати працездатності населення, що в свою чергу призводить до значних економічних втрат суспільства, негативно впливає на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення. Показники захворюваності населення є одними із найбільш інформативних критеріїв діяльності органів і закладів охорони здоров'я та ефективності проведення лікувальних, профілактичних, соціальних та інших заходів.

Соціально-економічні негаразди, що спостерігаються останнім часом у нашій державі, призвели до зниження рівня і якості життя населення та погіршення стану його здоров'я. Серед факторів, що зумовлюють негативні тенденції у стані здоров'я населення, варто виділити постійне погіршення екологічної ситуації, бідність, спосіб життя та побуту, неякісне та незбалансоване харчування, зловживання алкоголем, поширення наркоманії, тютюнопаління тощо. Не останнє місце у погіршенні стану здоров'я відіграє стан системи охорони здоров'я та якість надання медичних послуг. Слід зазначити, що саме стан здоров'я населення є індикатором рівня медичного обслуговування на певній території.

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.

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 захворювань, 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. Джерелом інформації про загальну захворюваність є два документи: "Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів" (ф. № 074/о) та "Медична карта стаціонарного хворого" (ф. № 003/о).

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 - 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, рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);
- структура первинної та загальної захворюваності населення.

2. Спеціальні види захворюваності

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*.

Загальна захворюваність. За даними звертань населення за медичною допомогою протягом останніх десятиріч рівні поширеності усіх хвороб знаходяться в межах від 1100 до майже 1500 випадків захворювань на 1000 населення, рівні первинної захворюваності, відповідно, 600-800 ‰.

З окремих захворювань найбільш високі рівні поширеності притаманні хворобам системи кровообігу, органів дихання та органів травлення. На три вищезазначені класи припадає 55 % випадків серед усіх зареєстрованих хвороб. Серед вперше зареєстрованих протягом року захворювань найбільші рівні мають хвороби органів дихання, нервової системи та органів чуття, травми та отруєння.

Існують досить суттєві відмінності як показників поширеності, так і первинної захворюваності за віком. Найбільш високі рівні як поширеності, так і первинної захворюваності реєструються серед дитячого населення, особливо у дітей до 1 року - близько 2000 випадків на 1000 населення.

Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується. 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. Загальні тенденції рівнів первинної захворюваності серед чоловіків і жінок майже однакові, а поширеність хвороб у жінок вища, ніж у чоловіків.

3. Основні тенденції окремих видів захворюваності в різних регіонах світу та в Україні

У 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, поступили своїм місцем “мовчазним вбивцям ХХІ 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.

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.

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, широкомасштабних соціально-гігієнічних досліджень різного рівня та підвищенні відповідальності кожного за своє здоров'я.

4. Хвороби системи кровообігу

Основними хворобами, які в більшій мірі, ніж усі інші, трансформували тип патології населення світу є хвороби системи кровообігу (ХСК, ІХ 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.

Досить високим є й рівень смертності хоча намічається деяка тенденція до зниження за останні роки, приріст цього показника.

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 на 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.

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, нераціональним 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 збуджувані 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 порівняно з 1996 роком знизився на 2,0 %, а у населення працездатного віку зріс на 2,7 % і склав 19,6 та 11,6 випадків на 10 тис., при середніх показниках у 1997 році 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 інвалідизації 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 інвалідизації.

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, злякисних 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.

5. Злякисні новоутворення (ЗН)

Соціально-медичне значення злякисних 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 історично 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 і 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, 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 злжакісних 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 інтенсивнішому накопиченню 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 злжакісні новоутворення.

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 щитоподібної 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 (1483,3 та 1457,9 на 100 тис. відповідного населення, 1997 р.).

Протягом 90-х років захворюваність *дитячого населення* на ЗН значно зросла. 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. Перше місце займають злжакісні 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.

У дітей часто трапляється рак щитоподібної залози – він має найвищі показники в областях, що найбільш постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (Чернігівська, Житомирська, Київська) 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. 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. Їй притаманні розбіжності між міським і сільським населенням (табл. 1).

Основними соціально-гігієнічними особливостями злоякісних новоутворень в Україні є:

- невинне зростання показників смертності та захворюваності 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 щитоподібної 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.

6. Динаміка та структура захворюваності на території України

Динаміку захворюваності населення України представлено на рис. 1. Вона свідчить про стабілізацію позитивної тенденції зниження показників захворюваності населення. За останні два роки рівень захворюваності населення України знизився на 5,1%.

Найвищі рівні захворюваності населення за підсумками 2012 р. були зареєстровані в Київській (89850), Івано-Франківській (87228), Львівській (82450), Дніпропетровській (80979) областях при середньому по Україні значенні 68558 на 100 тис. всього населення. Найнижчі рівні первинної захворюваності у 2012 р. зареєстровано серед населення Сумської (50499) та Запорізької (51163) областей, а також АР Крим (51413).

Структуру первинної захворюваності населення України традиційно формують хвороби органів дихання (42,4%), системи кровообігу (7,4%), органів травлення (6,9%), сечостатевої системи (6,6%), шкіри та підшкірної клітковини (6,0%), ока та додаткового апарату (5,2%) та інші. На зниження показників захворюваності населення України за останні два роки суттєвий вплив мали зниження показників за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки (17,4%), хвороби крові (7,7%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,3%), хвороби системи кровообігу (4,9%), хвороби органів травлення (4,4%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,9%), хвороби нервової системи (2,4%).

Для підтримки сучасної позитивної тенденції зниження показників захворюваності населення в країні, владі потрібно реалізувати комплекс заходів, направлених на зміни у системі медичного обслуговування населення за рахунок більш ефективного використання ресурсів. Основними пріоритетними напрямками реформування, мають стати розвиток первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини, структурна реорганізація системи медичного обслуговування, перехід на контрактні умови надання медичної допомоги, зміцнення фінансової бази із забезпеченням в першу чергу фінансування гарантованого державою обсягу медичної допомоги, розвиток страхової медицини, здійснення раціональної кадрової і фармацевтичної політики. Реалізація останніх сприятиме не лише зміцненню здоров'я нації, а й покращенню усіх соціально-економічних показників.

Інвалідність – стан людини, при якому спостерігається стійкий розлад функцій організму, зумовлений захворюванням, травмою, або уродженими вадами, які обмежують її життєдіяльність.

Інвалідність як статистичний показник – комплекс показників, які характеризують частоту та структуру стійкої втрати працездатності населення, що проживає на певній адміністративній території.

Інвалід - це "особа, яка має порушення здоров'я з постійним розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектів, що призводить до обмеження життєдіяльності та викликає необхідність його соціальної захисту".

Обмеження життєдіяльності визначається як «повна або часткова втрата особистості можливостей або можливості здійснення самообслуговування, самостійно переміщатися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати своє ведення, навчатися і займатися трудовою діяльністю. За даними ООН, кожна десята людина на планеті має інвалідність.

Соціальний захист інвалідів - система гарантованих державою економічних, соціальних і правових заходів, що забезпечують інвалідам умови для подолання, заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності та спрямованих на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства.

Медико-соціальні аспекти інвалідності:

- Критерій оцінки громадського здоров'я та працездатності населення;
- Впливає на показники смертності населення (показники смертності в 2 рази вищі серед інвалідів), середньої тривалості життя та якості життя;
- В усьому світі спостерігається «омолодження» інвалідності;
- Економічні аспекти (державна несе значні економічні збитки за рахунок інвалідації працездатного населення);
- Відображає ступінь соціального захисту населення.

Чинники, що впливають на зростання рівня інвалідності:

- Погіршення екологічної ситуації в світі;
- Зміна вікового складу населення («демографічна старість»);
- Порушення гігієни праці та техніки безпеки на підприємствах;
- Зміна типу патології – ріст захворюваності на найважливіші соціально значущі захворювання (зростання неепідемічної патології);
- Зростання випадків травматизму (побутового та транспортного);
- Зміна способу життя (шкідливі звички тощо).

Експертиза стійкої непрацездатності

Експертизу стійкої непрацездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які з 1992 р. підпорядковані МОЗ України. МСЕК організовують 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.** До складу МСЕК загального профілю входять: терапевт, хірург, невролог; до складу спеціалізованої - два лікарі провідного профілю та один терапевт або невролог.

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. 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. Рішення МСЕК може бути оскаржене в судовому порядку.

Документація МСЕК:

1. акт освідчення у МСЕК;
2. книга протоколів засідань МСЕК;
3. статистичний талон до акта освідчень у МСЕК;
4. щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (ф. № 37 - здоров).

Критерії встановлення інвалідності

Особі, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється **I, II** чи **III** група інвалідності. *I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б* залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Причинами інвалідності є:

- загальне захворювання;
- інвалідність з дитинства;
- нещасний випадок на виробництві (трудове каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);
- професійне захворювання;
- поранення, контузії, каліцтва, захворювання:
 - одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язані з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, що визнані такими згідно із законодавством, в районі воєнних дій на прифронтових ділянках залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Великої Вітчизняної воєн або з участю у бойових діях у мирний час;
 - одержані під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди;
 - одержані в районах бойових дій у період Великої Вітчизняної війни та від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння у повоєнний період, а також під час виконання робіт, пов'язаних з розмінуванням боєприпасів часів Великої Вітчизняної війни незалежно від часу їх виконання;

- одержані у неповнолітньому віці внаслідок воєнних дій громадянських і Великої Вітчизняної воєни та в повоєнний період;
- пов'язані з участю у бойових діях та перебуванням на території інших держав;
- пов'язані з виконанням службових обов'язків, ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи, ядерних аварій, ядерних випробувань, з участю у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, іншим ураженням ядерними матеріалами;
- одержані внаслідок політичних репресій;
- пов'язані з виконанням обов'язків військової служби або службових обов'язків з охорони громадського порядку, боротьби із злочинністю та ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій;
- одержані під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 р. по 21 лютого 2014 р. за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (у Революції Гідності);

Захворювання:

- отримані під час проходження військової служби чи служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях;
- пов'язані з впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- одержані в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку.

Підставою для **встановлення I групи** інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи у значному III ступені:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку;
- значні обмеження здатності до навчання;
- нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи А І групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б І групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Інваліди І групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Підставою для встановлення ІІ групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення ІІ групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому ІІ ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

обмеження самообслуговування ІІ ступеня - здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

обмеження здатності до самостійного пересування ІІ ступеня - здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

обмеження здатності до навчання ІІ ступеня - нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;

обмеження здатності до трудової діяльності ІІ ступеня - нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

обмеження здатності до орієнтації ІІ ступеня - здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;

обмеження здатності до спілкування II ступеня - здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня - здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

II група інвалідності встановлюється учням, здобувачам вищих навчальних закладів I-IV рівня акредитації денної форми навчання, що вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Інваліди II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірно важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені:

обмеження самообслуговування I ступеня - здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня - здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;

обмеження здатності до навчання I ступеня - здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);

обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня - часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії);

обмеження здатності до орієнтації I ступеня - здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;

обмеження здатності до спілкування I ступеня - здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня - здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Інваліди III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Методика розрахунку та аналіз показників інвалідності

Назва показника	Методика розрахунку
<i>Загальна інвалідність</i> (контингенти інвалідів)	Число осіб, які отримують пенсії через <u>інвалідність</u> • 1000 (10 000) Загальна чисельність населення
<i>Структура контингентів інвалідів</i> (розраховується за віком, групою, видом інвалідності, причиною виходу на інвалідність (діагнозом))	Число осіб, що мають інвалідність (певної <u>групи, виду, причини</u>) • 100 Загальне число осіб, які отримують пенсії через інвалідність (загальне число інвалідів)
<i>Первинна інвалідність</i> або інвалідація (частота первинного виходу на інвалідність)	Загальне число осіб, вперше визнаних <u>інвалідами</u> • 1000(10 000) Загальна чисельність населення
<i>Структура первинної інвалідності</i> (за захворюваннями, віковими групами, групами інвалідності тощо)	Число осіб, вперше визнаних інвалідами (певної <u>групи, виду, причини</u>) • <u>100</u> Загальне число осіб, вперше визнаних інвалідами
<i>Зміна групи інвалідності при переосвідченні</i>	Число осіб, яким змінили групу інвалідності <u>при переосвідченні</u> • 100 Загальне число інвалідів, що пройшли переосвідчення за рік
<i>Рух інвалідів протягом року</i>	Число інвалідів на початок року + число вперше визнаних інвалідами - число інвалідів, що вибули = число інвалідів на кінець року

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.

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, гомілки, 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 статево-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:

- 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.
- Зростає число випадків дисгармонійного фізичного розвитку, зокрема дисгармонія темпів психічного та фізичного розвитку.
- Збільшується частка осіб з надлишковою масою тіла, чому сприяють зміни способу життя, харчування, гіподинамія тощо.

За зазначеними параметрами також розробляються статеві-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.

Питання для самоконтролю

1. Захворюваність населення, її медико-соціальне значення.
 2. Методи вивчення захворюваності населення, їх переваги та недоліки.
 3. Основні види захворюваності.
 4. Чинники, які впливають на рівень захворюваності населення.
 5. Принципи, на яких заснована Міжнародна класифікація хвороб МКХ -10.
 6. Облікова документація для реєстрації і вивчення загальної захворюваності.
 7. Показники, що характеризують загальну захворюваність.
 8. Яка інформація необхідна для обчислення показника поширеності захворювань.
 9. Яка інформація необхідна для обчислення показника первинної захворюваності.
- Облікова документація для реєстрації та вивчення інфекційної, госпіталізованої, важливої неепідемічної захворюваності

Список використаних джерел

1. Громадське здоров'я: навчальний посібник [Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Грешишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с
2. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by Roges Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. - Oxford University Press, 2017. - 1728 p.
3. Medical Statistics at a Glance Text and Workbook. Aviva Petria, Caroline Sabin. - Wiley-Blackwell, 2013. - 288 p.
4. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
5. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

Інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я www.who.int
2. Кохрейнівський центр доказової медицини www.cebm.net
3. Кохрейнівська бібліотека www.cochrane.org
4. Канадський центр доказів в охороні здоров'я www.cche.net
5. Центр контролю та профілактики захворювань www.cdc.gov
6. Центр громадського здоров'я МОЗ України www.phc.org.ua
7. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх»: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
8. Журнал British Medical Journal www.bmj.com

ЛЕКЦІЯ №4

Тема: «Системи охорони здоров'я. Основні характеристики та організація надання медичної»

Актуальність теми:

Системи охорони здоров'я склалися під впливом конкретних історичних, економічних, соціальних та політичних чинників.

Покращенню охорони здоров'я сприяють нові медичні технології, що дозволяють ефективно боротися з такими серйозними проблемами, як хронічні захворювання, онкологія та рідкісні хвороби. Як наслідок, зростає попит на нові послуги та інноваційні методи лікування, зростають вимоги до якості, з'являються додаткові фінансові ризики, підвищуються очікування пацієнтів. Останніми роками у більшості розвинених країн спостерігається збільшення тривалості життя та, відповідно, частки літнього населення (старше 65 років).

Мета: вивчення проблем громадського здоров'я, організації та управління охороною здоров'я в сучасних умовах, оволодіння вміннями та навичками щодо організації лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Основні поняття

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

План

1. Формування системи охорони здоров'я, знайомства з еволюцією світового менеджменту та використання його придатного досвіду для України.
2. Сучасна медична реформа та модернізація системи медичної допомоги.
3. Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України.
4. Сучасний етап розвитку охорони здоров'я в світі.

Зміст лекційного матеріалу

1. Формування системи охорони здоров'я, знайомства з еволюцією світового менеджменту та використання його придатного досвіду для України

Оволодіння майбутніми лікарями науковими основами науки управління обумовлена тим, що їм доведеться працювати в умовах ринкових відносин, а ринок з його непевністю та конкурентністю вимагає від кожного лікаря-спеціаліста вміння прийняття науково-обґрунтованих управлінських рішень вперш 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 та використання його придатного досвіду для України.

Система медичного забезпечення в світі в контексті управління та менеджменту займає значне місце, оскільки будь-який процес в здоров'ї людини вимагає індивідуального підходу за Гіппократом та реального управління за Янгом, а саме: управління діагностичним процесом, управління профілактикою чи реабілітацією, управління перебігом хвороби, управління процесом лікування, управління трудовим потенціалом, управління фінансами, тощо.

Існує декілька типів систем організації медичної допомоги населенню.

Система Бісмарка

Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху спла-

чували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів, які становлять майже % сукупних видатків на охорону здоров'я.

Переваги системи Бісмарка:

- ◆ принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- ◆ доступність медичної допомоги для всього населення країни. Недоліки системи Бісмарка:

- ◆ великий адміністративний апарат;
- ◆ складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- ◆ високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Система Беверіджа (універсалістська)

Система Беверіджа (універсалістська) - система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей. організації охорони здоров'я Беверіджа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування.

Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- відносна проста система оплати праці в галузі. Недоліки системи Беверіджа:
 - ◆ відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
 - ◆ слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
 - ◆ необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Система Семашко

Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашко:

- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;
- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів. Недоліки системи Семашко:
 - ◆ низькі показники розвитку медичної допомоги;
 - ◆ відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
 - ◆ низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Моделі Беверіджа та Семашко відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансуванням галузі. До основних привілеїв таких систем відносяться:

1. Макроефективність Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективно використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.

2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.

3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.

4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.

5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована. Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікарів.

Наразі в Україні діє пострадянська медична система (система Семашко), яка на паперах гарантує людям безоплатне лікування. Фактично ж, держава не в змозі виконувати ці зобов'язання, адже не має достатньо коштів на оплату всіх необхідних медичних послуг для населення.

В результаті громадяни не можуть отримати медичну допомогу в повному обсязі. Крім цього пацієнти не можуть обирати собі лікаря та лікарню на свій розсуд, бо мають отримувати медичну допомогу за адресою, до якої вони приписані за місцем проживання.

2. Сучасна медична реформа та модернізація системи медичної допомоги.

Сучасна медична реформа має мету модернізувати систему медичної допомоги, взявши за приклад досвід країн з розвиненою медичною системою. Реформа прописана в кількох законопроектах. Основні засади містяться у Законі № 4456 про організацію медичного обслуговування населення в Україні та № 2409 про засади державної політики охорони здоров'я.

Основна вимога до сучасної інтегрованої системи охорони здоров'я – організація раціональної системи надання медичних послуг населенню, заснованої на принципах медичної, управлінської та економічної доцільності.

Тобто, необхідна система управління, що дозволяла б надати кожній фізичній особі найбільш раціональний (з медичної точки зору), результативний і ефективний (з управлінської точки зору) та найменш затратний (з економічної точки зору) обсяг медичних послуг конкретним працівником медичного закладу на будь-якому рівні її надання.

При цьому результативність та ефективність цього управління буде досягнуто за умови, що вдасться створити систему управління, адекватну поставленим цілям та завданням.

Насамперед в сучасних умовах це торкається перерозподілу фондів та обсягів роботи різних структур, рівнів та закладів різних форм власності та відомчої приналежності з врахуванням пріоритету первинної ланки як базового рівня медичної

допомоги, а також зміни оплати праці медиків з підсиленням акценту на її мотивації, що забезпечує реалізацію принципу економічності.

Перехід до нових принципів управління, орієнтованих на євростандарти, загальнолюдські цінності та формування громадянського суспільства і розвиток економічних методів управління охороною здоров'я населення вимагає перед усім впровадження сучасних механізмів розподілу фондів на фінансування діяльності медичних закладів різних форм власності та відомчої приналежності по наданню медичних послуг населенню за рівнями їх надання з врахуванням пріоритету первинної ланки як базової, найменше затратного рівня.

Необхідно також запровадити механізм управління собівартістю та якістю медичних послуг, змінити систему оплати праці медиків.

Пропонується підхід, що базується на поособовому фінансуванні, а також персоніфікованому обліку і аналізі та оплаті медичних послуг.

Сутність підходу полягає у фінансуванні медичних закладів – надавачів медичних послуг з розрахунку на кількість мешканців певної території, а економічна ефективність діяльності медиків по наданню медичних послуг досягається правильним управлінням собівартістю цих медичних послуг, а не нарощуванням їх кількості.

Запровадження персоніфікованого підходу до управлінського обліку і аналізу витрат щодо управління собівартістю медичних послуг диктує зниження їх вартості при збереженні якості та задоволення нею клієнта.

За таких умов медичні заклади будуть зацікавлені робити все необхідне для належного забезпечення потреб та інтересів населення "своєї" територіальної громади та в разі необхідності надання медичних послуг, вони будуть надаватись на найменш дорогих рівнях.

Запровадження персоніфікованої оплати медичних послуг вимагає чіткої системи обліку і управління обсягами таких медичних послуг за рівнями їх надання на основі інтеграції ресурсів на фінансування діяльності медичних закладів певного регіону.

При цьому надавачі медичних послуг мають бути в стані керувати такою діяльністю ефективно і вміло, хоча нині вони, як правило, не встані ефективно забезпечити той спектр медичних послуг, що дійсно необхіден основній масі громадян.

Запровадження пропонованого підходу вимагатиме від медичних закладів певного регіону інтеграції і координації зусиль щодо надання усього необхідного спектру медичних послуг на засадах медичної і економічної їх доцільності.

При цьому необхідно буде реорганізувати роботу на базі єдиного переліку медичних процедур з застосуванням їх єдиних кодифікаторів і класифікаторів, формувати потоки пацієнтів в медичні заклади різних рівнів з врахуванням пріоритету первинної ланки, а також реальних можливостей (матеріально-технічних, кадрових, технологічних, фінансових, інформаційних ресурсів тощо) кожного з них.

Однією з ключових умов впровадження пропонованої інтегрованої системи надання медичних послуг є управління собівартістю цих медичних послуг. Такий підхід дозволяє раціонально застосовувати поособові та персоніфіковані тарифи,

розподіляючи медичні процедури між медичними закладами не лише за медичними показами, але й за собівартістю. Запровадження пропонованої системи управління інтегрованою медициною дозволить отримувати фінансово-економічні розрахунки як по медичних закладах, так і по конкретних пацієнтах, медичних працівниках, діагностично-споріднених групах медичних послуг тощо в цілому за будь-який відтинок часу з детальним аналізом. Причому при збільшенні кількості медичних закладів, що діятимуть на таких засадах, вони будуть неухильно конкурувати і за ціною і за якістю і за ступенем задоволення пацієнтів. Цим медичним закладам доведеться надавати дані про свою роботу, щоб пацієнти могли вибирати, виходячи з цих даних. Запровадження поособових нормативів фінансування та персоніфікованих методів управлінського обліку розгортає логіку діяльності медичних закладів в належному ракурсі ще й тим, що зосереджує турботу про інтереси населення певної територіальної громади не на управлінні ними, а на їх забезпеченні. Це вимагає також насамперед оцінювати ефективність наявних медичних послуг, а також розширювати їх асортимент.

В пропонованій інтегрованій системі охорони здоров'я надавачі медичних послуг мають бути в стані постійно відслідковувати і обліковувати персоніфіковані їх обсяги, надані пацієнтові протягом усього його життя.

В сучасних умовах ця інформація має бути "під рукою" і під час первинного візиту пацієнта, і при скеруванні до інших спеціалістів, і при виконанні різноманітних процедур, і при повторних візитах.

При цьому важливо, щоб дані про використання ресурсів і результати роботи можна було використовувати для інформування пацієнтів щодо медичних послуг, які вони можуть отримати, зокрема, коли ці дані порівнюються з даними про перелік медичних послуг, що надаються іншими медичними закладами.

Пропоновані до впровадження інформаційні системи управління дають можливість запроваджувати системи обліку вартості та визначення собівартості медичних послуг для підтримки поособового фінансування і персоніфікованої їх оплати.

Календарний план реформування системи фінансування охорони здоров'я та інших ключових змін, які відбуватимуться в медичній галузі в 2017-2020 роках, передбачає:

1. Запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги.
2. Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я.
3. Створення єдиного національного замовника медичних послуг.
4. Створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією.
5. Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах.
6. Запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. А з 2018-го передбачається її запровадження в усіх закладах, що надають стаціонарну допомогу.

7. Протягом першого півріччя 2017 року планується затвердити методику аналізу витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я.
8. Створення госпітальних округів.
9. Запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів.
10. Автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я будь-якої країни має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління та координація цієї системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України.

В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я. Рівні охорони здоров'я України: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий).

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

В Україні збереглася система первинної медико-санітарної допомоги ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Основою національної системи охорони здоров'я є ПЕРВИННА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить 30-50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно ст. 49 Конституції України, відповідно до якої "кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності".

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- ◆ у містах - управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;

- ◆ у селах (селищах) - головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

В існуючих умовах управління первинною медико-санітарною допомогою використання економічних важелів, практично неможливе.

Названі та інші проблеми первинної медико-санітарної допомоги спричинені:

- ◆ нераціональною інфраструктурою охорони здоров'я;

- ◆ низькою доступністю первинної допомоги для населення, особливо в сільській місцевості;

- ◆ недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування, що не відповідають сучасним умовам принципам фінансування закладів охорони здоров'я;

- ◆ неналежним кадровим забезпеченням;

◆ відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою;

◆ недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Згідно зі ст. 35 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

До основних принципів надання первинної лікувально-профілактичної допомоги відносяться:

- ◆ кваліфікованість;
- ◆ оперативність;
- ◆ доступність.

Для реалізації принципу кваліфікованості Міністерство охорони здоров'я України видало наказ за № 73 "Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики - сімейних лікарів" від 11.04.2000 р. Згідно цим наказом, в Україні має впроваджуватися первинна лікувально-профілактична допомога на принципах сімейної медицини. Лікарі, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, мають пройти перепідготовку та атестацію на присвоєння первинної спеціалізації за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина". Лікарям планується присвоювати кваліфікаційні категорії за цією спеціальністю.

Необхідність пріоритетного напрямку розвитку первинної лікувально-профілактичної допомоги, що ґрунтується на моделі загальної практики / сімейної медицини, визначається основними документами:

- Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (2000);
- Постанова Кабінету Міністрів України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" (2001).

Метою Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

3. Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України.

Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України має вирішити проблеми недостатньо ефективної роботи галузі охорони здоров'я, зумовленої низькою, нерівною доступністю первинної допомоги для населення та її неналежною якістю. Процес впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини ґрунтується на створенні нормативно-правових засад, які дають

чітке визначення структурних, фінансово-економічних, функціональних та інших аспектів перспективної моделі первинної допомоги, а також визначають кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки.

Створення перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги передбачає структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинної та спеціалізованої допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування первинної допомоги.

Процес розмежування первинної та спеціалізованої допомоги матиме певні відмінності в сільських районах та у великих містах, що пов'язані з нинішньою структурною побудовою амбулаторно-поліклінічної допомоги.

У сільських районах, де первинна допомога дорослим і дітям надається поліклініками районних лікарень, процес розмежування здійснюватиметься в два етапи.

На першому етапі відбудеться формування структурних підрозділів лікарень з субрахунком - центрів первинної медико-санітарної допомоги.

На другому етапі - надання зазначеним центрам статусу юридичних осіб.

У великих містах, де первинна допомога дітям та дорослим переважно надається різними закладами:

- на першому етапі відбудеться створення центрів первинної медико-санітарної допомоги окремо для дорослого та дитячого населення в складі дорослих/дитячих поліклінік або поліклінічних відділів об'єднаних лікарень для дорослих/дітей з відкриттям для них субрахунків.

- на другому етапі - реорганізація зазначених центрів шляхом виділення їх зі складу поліклінік/лікарень та об'єднання з утворенням центрів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, які надаватимуть первинну медико-санітарну допомогу як дорослому так і дитячому населенню.

Одночасно в містах буде формуватися мережа амбулаторій сімейного лікаря територіально наближених до місць проживання населення, яке вони обслуговуватимуть. Спершу такі амбулаторії будуть підрозділами поліклінік, надалі - підрозділами юридично незалежних центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Планування розвитку мережі та створення нових амбулаторій сімейного лікаря здійснюватиметься на основі застосування нормативів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених Кабінетом Міністрів України, а їх створення відбуватиметься впродовж усього терміну Програми і триватиме після її завершення в міру розвитку населених пунктів.

Відокремлення первинної допомоги в сільській місцевості і в містах передуватиме процесу зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства. Останнє тісно пов'язане з загальними змінами в системі охорони здоров'я, що полягатимуть у системному впровадженні державних закупівель послуг з охорони здоров'я і потребуватимуть утворення органів управління охорони здоров'я на районному рівні, а також у невеликих містах, де таких

органів немає. Вони виступатимуть як замовники медичних послуг з охорони здоров'я та здійснюватимуть функцію контролю за дотриманням договірних умов щодо кількості та якості медичних послуг, наданих населенню.

Основним суб'єктом надання населенню первинної медико-санітарної допомоги у результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини має стати автономний або юридично незалежний медичний заклад - центр первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини. Кількість обслуговуваного населення має становити близько 30 тисяч осіб. До складу такого закладу на правах підрозділів мають входити амбулаторії загальної практики сімейної медицини. В них будуть практикувати один (переважно на сільській місцевості) або декілька (переважно в містах) лікарів загальної практики - сімейної медицини.

Така форма організації первинної допомоги дозволить забезпечити фінансову сталість медичних закладів первинного рівня та рівність у наданні ПМСД. Сімейні лікарі можуть отримати ліцензії на здійснення медичної практики. З такими лікарями будуть укладатися договори на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Таким чином, в результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини первинна медико-санітарна допомога населенню України буде надаватися юридично самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності - центрами ПМСД та амбулаторіями сімейного лікаря. Центри будуть укладати договори з замовником, яким виступатиме територіальний орган управління охорони здоров'я, а в разі введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування - підрозділи страхового фонду. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медико-санітарної допомоги і населенням буде реалізовано механізм вільного вибору сімейного лікаря та / або його зміни.

Наступним компонентом перспективної моделі ПМСД є подушний принцип фінансування із застосуванням коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання. Запровадження зазначених механізмів базуватиметься на відповідних рішеннях Кабінету Міністрів України, прийнятих за поданням МОЗ та опрацьованих спільно МОЗ, Мінфіном, Мінекономіки та Мін'юстом. Цей захід разом з впровадженням механізму вільного вибору лікаря стане фактором утворення конкурентного середовища у первинній ланці медичної допомоги і одним з потужних регуляторів її якості.

Повномасштабне впровадження керованості спеціалізованої медичної допомоги, тобто організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення сімейного лікаря (дільничного лікаря), за винятком випадків, що потребують подання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги, розпочнеться в міру формування конкурентного середовища надавачів первинної допомоги та створення умов для реалізації права пацієнтів на вибір сімейного лікаря.

Структурне оформлення первинної допомоги та впровадження прогресивних механізмів фінансування сформує первинну медико-санітарну допомогу як підси-

стему галузі охорони здоров'я та створить стимули до збільшення обсягів і поліпшення якості її роботи. Система управління якістю ґрунтуватиметься на впровадженні стандартів надання первинної допомоги та методів моніторингу.

Здатність первинної медико-санітарної допомоги взяти на себе додаткові обсяги медичної допомоги з дотриманням стандартів визначатиметься, крім обсягів і механізмів фінансування, також належним матеріально-технічним оснащенням закладів та кваліфікацією кадрів.

Оснащення лікувально-профілактичних закладів та підготовка кадрів сімейних лікарів відбуватиметься впродовж всього терміну виконання Програми. На фінансування цих заходів передбачаються кошти у державному бюджеті. Пріоритет надаватиметься принципу "одночасного охоплення кожної окремої території", який передбачає надання підтримки щодо повного задоволення потреб мережі первинної допомоги з державного та регіонального рівнів.

Система кадрового забезпечення виконання Програми матиме кількісну і якісну складову. Необхідна кількість лікарів загальної практики та молодших спеціалістів з вищою освітою для первинної допомоги забезпечуватиметься за рахунок формування державного замовлення на науково обґрунтовані обсяги підготовки зазначених спеціалістів.

Керованість розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. На державному рівні впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини буде здійснювати Координаційна рада. В ній будуть представлені усі основні інституції - міністерства та відомства, місцеве самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини).

Впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини суттєво змінить систему надання медичної допомоги.

ВТОРИННА (спеціалізована) ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- центральною районною лікарнею - головний лікар району;
- міськими лікарнями - відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- обласними лікарнями - управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

ТРЕТИННА (високоспеціалізована) ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб,

що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- міські лікарні - відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;

- обласні лікарні - управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;

- центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів - Міністерство охорони здоров'я України.

Крім названих, до національної системи охорони здоров'я належать відомчі медико-санітарні служби, які представлені закладами охорони здоров'я та відповідними органами, що здійснюють управління.

Таким чином, на Україні збереглася система охорони здоров'я, існування якої за ринкових умов проблематичне, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована - на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога. У доповіді Міністра МОЗ України "Можливий шлях реорганізації системи охорони здоров'я в Україні" зазначалося, що залучення до первинного контакту вузьких спеціалістів цілеспрямоване або зумовлене незадовільною організацією роботи первинної ланки, призводить до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, марнотратного використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Крім цього, недоліки діючої в Україні системи первинної лікувально-профілактичної допомоги проявляються в тому, що:

- вона забезпечуються багатоланковою структурою (дорослі та дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії);

- нема чіткого розподілу на служби первинної та вторинної лікувально-профілактичної допомоги, поняття первинної лікувально-профілактичної допомоги відноситься до поліклініки в цілому, а не до первинної ланки;

- терапевтична та педіатрична кваліфікації дільничних лікарів не дозволяють професійно вирішувати всіх проблем первинного медичного обслуговування населення;

- пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно, без направлення дільничного лікаря;

- дільничні лікарі, праця яких оплачується за твердими ставками і не залежить від обсягу їх роботи, не зацікавлені в пацієнтах та їх доброму здоров'ї і самі заохочують подібну практику.

Основну стратегію реорганізації системи охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я бачить у раціональному використанні ресурсів, для чого необхідно впровадити:

- зміни підходів і механізмів розподілу ресурсів в охороні здоров'я - від "утримання" медичних закладів до їхнього фінансування залежно від обсягу та структури виконуваної роботи;

- реформування первинної медичної допомоги;

- структурного реформування стаціонарної допомоги;

- стандартизації медичної діяльності на всіх рівнях;

- змін функцій та механізмів управління охороною здоров'я;

- формування базових територіальних програм, які мають бути законом для медичних установ;

- залучення додаткових ресурсів з інших джерел (обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування);

- використання доведено ефективних медичних втручань (доказова медицина).

4. Сучасний етап розвитку охорони здоров'я в світі.

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я в усьому світі висувуються певні вимоги до медичних працівників з використання гнучких методів керівництва для досягнення необхідних результатів, прийняття зважених управлінських рішень. Охорона здоров'я є настільки складно організованою системою, що вона не може обходитися без управління для нормального функціонування. Принципи управління в системі охорони здоров'я багато в чому схожі із принципами управління в інших галузях господарства.

Використання менеджменту дає можливість забезпечити підвищення ефективності діяльності, як всієї системи охорони здоров'я, так і окремих лікувальних установ, певних фахівців. Здобувач медичного ВУЗу, як і досвідчений медичний працівник повинен знати основні принципи менеджменту й бути готовим до участі в управлінні на будь-якому рівні системи охорони здоров'я. Менеджерські функції потрібні не тільки керівникам більших установ, але й приватно практикуючим лікарям, фахівцям, що працюють за контрактом, і в певній мірі будь-якому лікарю в повсякденній роботі: при встановленні робочих взаємин з молодшим і допоміжним персоналом, при визначенні стратегії власного розвитку й організації медичного обслуговування на довірній ділянці діяльності.

Практична діяльність лікарів висуває до них вимоги з швидкого прийняття адекватних, зважених рішень, з якими часом пов'язані долі й життя інших людей. Знання основ менеджменту, ознайомлення з усіма управлінськими категоріями, поняття особливостей управлінського впливу формує в майбутніх лікарів управлінське мислення, управлінські навички, здатності до прийняття управлінських рішень.

Список питань для самоконтролю

1. Система управління охороною здоров'я в Україні.
2. Державна медична система (Семашко), характеристика.
3. Британська страхова система (Беверідж), характеристика.
4. Німецька страхова система (Бісмарк), характеристика.
5. Комерційна страхова система (США), характеристика.
6. Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я.
7. Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я.
8. Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Громадське здоров'я: навчальний посібник [Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Гречишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с
2. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by Roges Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. - Oxford University Press, 2017. - 1728 p.
3. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
4. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.- 560 с.
5. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

ЛЕКЦІЯ №5

Тема: *«Стоматологічне здоров'я населення та організація стоматологічної допомоги.»*

1. Актуальність.

Для організації стоматологічної допомоги велике значення мають відомості про стан стоматологічного здоров'я населення. Численні наукові дослідження свідчать, що поширеність основних стоматологічних захворювань серед населення сягає 95-100%. Стоматологічний статус населення має тенденцію до погіршення. Стоматологічна допомога відноситься до одного з наймасовіших видів медичної допомоги. У структурі загальної захворюваності населення хвороби порожнини

рота та зубів посідають третє місце. При цьому у 99% випадків хворі обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних установах.

Мета: Ознайомитись з теоретичними основами методики проведення аналізу стоматологічної діяльності; засвоїти в чому полягає сутність, значення аналізу діяльності лікаря-стоматолога; знати етапи та порядок його реалізації; знати джерела статистичної інформації; знати методи збирання статистичної інформації.

Основні поняття:

Профілактика - це складова частина медицини. Соціально-профілактичний напрямок у справі охорони і зміцнення здоров'я населення включає медичні, санітарно-технічні, гігієнічні і соціально-економічні заходи. Створення системи попередження захворювань і усунення факторів ризику є найважливішим соціально-економічним і медичним завданням держави.

Стоматологічна поліклініка - є основним лікувально-профілактичним закладом в системі амбулаторної стоматологічної допомоги, діяльність якого спрямована на профілактику стоматологічних захворювань, своєчасне виявлення і лікування хворих із захворюваннями щелепно-лицьової області.

Стоматологічна допомога - вид спеціалізованої медичної допомоги, що надається при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області.

План

1. Оцінка якості медичної допомоги.
2. Методи профілактики в стоматологічній практиці.
3. Стоматологічна допомога міському населенню.
4. Обов'язки лікаря-стоматолога.

Зміст лекційного матеріалу

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.

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-вісмутувий 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 - огляду 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.

2. Методи профілактики в стоматологічній практиці.

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, що поширюється на все населення чи великі провідні соціальні, регіональні групи, які мають специфічні риси:

- колективний або територіальний,
- сімейний,
- 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 виліковані 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 виліковування захворювань зубів і порожнини рота серед організованих контингентів робітників промислових підприємств, вагітних, школярів, госпіталізованих хворих.

Санацію порожнини рота та зубів проводять різними методами:

- Централізований - передбачає огляд, діагностику та всі види лікування в умовах поліклініки.
- Децентралізований - санація порожнини рота та зубів здійснюється безпосередньо в дитячих закладах (школах, дитячих садках, яслах).
- 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.

3. Стоматологічна допомога міському населенню.

Стоматологічна допомога міському населенню надається в різноманітних закладах або підрозділах, починаючи із стоматологічного кабінету і закінчуючи самостійною спеціалізованою стоматологічною поліклінікою.

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.

Такий високоспеціалізований заклад з достатньою кількістю висококваліфікованих фахівців дозволяє комплексно вирішувати питання діагностики і лікування хворих, максимально використовувати майно, обладнання, інструментарій та мати можливість консультувати хворих у різних спеціалістів в одному закладі.

Потужність стоматологічних поліклінік буває різною та визначається кількістю штатних лікарських посад.

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.

Переважна 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;

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, виписує 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 обґрунтоване направлення хворих до інших кабінетів, 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 стоматологічної 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 (обслуговування інвалідів, виклик додому тощо).

Лікар-стоматолог призначається на роботу головним лікарем поліклініки. У своїй повсякденній роботі підпорядковується завідувачу відділення, заступнику головного лікаря з лікувальної частини та головному лікарю. Розпорядження лікаря є обов'язковими для середнього та молодшого персоналу відділення в межах їхніх функціональних обов'язків.

4.Обов'язки лікаря-стоматолога.

Лікар-стоматолог зобов'язаний:

забезпечувати ефективно та якісно 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 піклуватися 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:

1. невиконання виробничого плану та неякісне лікування хворих;
2. виникнення ускладнень після лікування з його вини;
3. неякісне і несвоєчасне ведення необхідної медичної документації;
4. 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 (остеомієліт, 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 (пародон-тальний 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 б 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:

1. прийом первинних та вторинних хворих, діагностика захворювань, надання невідкладної і планової хірургічної допомоги;
2. консультативна допомога хворим;
3. направлення хворих на консультацію у спеціалізовані заклади та на стаціонарне лікування;
4. проведення профілактичних оглядів порожнини рота;
5. диспансеризація хворих за профілем;
6. експертиза тимчасової непрацездатності;
7. проведення медичної реабілітації на етапі доліковування 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;
- бригадний - коли йде розподіл за видом протезів;
- поетапний - 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 ортодонтію 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-лищевої 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.

Питання для самоконтролю

1. Організація амбулаторно-поліклінічної стоматологічної допомоги міському населенню.
2. Структура та завдання міської (районної) стоматологічної поліклініки
3. Стаціонарна допомога стоматологічним хворим.
4. Стоматологічне відділення обласної (центральної міської) багатoproфільної лікарні, основні завдання, організаційна структура.
5. Методи підрахунку показників діяльності стоматологічної служби.
6. Правила оформлення звітної документації.
7. Методика проведення аналізу діяльності стоматологічних поліклінік та діяльності лікарів-стоматологів.
8. Підведення підсумків по результатам проведеного аналізу

Список використаних джерел:

1. Громадське здоров'я: навчальний посібник [Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Гречишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с
2. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by Roges Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. - Oxford University Press, 2017. - 1728 p.
3. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
4. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.- 560 с.
5. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.