

## Практичне заняття №7

**ТЕМА:** Методика обчислення та оцінка репродуктивного здоров'я та демографічних показників: народжуваності та смертності – 2 год.

**Мета:** *Ознайомитися* з: діючим законодавством щодо статистики населення, а також з рекомендаціями ВОЗ щодо поліпшення демографічної ситуації в Україні; засвоєння методів визначення, аналізу та оцінки основних показників популяційного здоров'я за окремими критеріями та у взаємозв'язку з чинниками, що на нього впливають; знати джерела статистичної інформації; знати методи збирання статистичної інформації; знати методи статистичних досліджень за часом та ступенем охоплення; знати розрахунки та аналіз основних показників малюкової смертності.

### **Основні поняття:**

**Демографія** – наука про населення (від “ демос ” – народ, “ графо ” – описувати), або інакше статистика населення.

**Статистика населення**– характеристика населення на певний час (його численність, склад особливості розселення тощо)

**Динаміка чи рух населення** - зміни, що відбуваються під впливом переселень – міграційних процесів.

**Природний рух населення** - зміни, що відбуваються внаслідок народжуваності та смертності і характеризують процеси відтворення населення.

**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.

### **Актуальність теми.**

Одним з основних завдань економічного та соціального розвитку країни є проведення ефективної демографічної політики, спрямованої на збільшення тривалості життя, трудової активності, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Демографічні дані широко використовуються при плануванні заходів із охорони здоров'я, для комплексної оцінки стану здоров'я населення,

складання науково обґрунтованих прогнозів і цілеспрямованої організації медичної допомоги. А, головним чином, малюкова смертність.

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

1. Предмет і зміст демографії. Чисельність та склад населення.
2. Поняття про середню очікувану тривалість життя. Документи, які використовуються для вивчення природного руху населення.
3. Показники смертності немовлят (малюкової): неонатальна, рання неонатальна, постнеонатальна смертність; мертвонароджуваність, перинатальна смертність.
4. Методи визначення показників. Чинники, що впливають на формування рівнів малюкової смертності.

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Показники народжуваності, загальної смертності, природного приросту: методика розрахунку та аналіз.

**Зміст теми:**

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

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.

Статева структура населення обумовлена перш за все різним рівнем смертності серед чоловіків і жінок, на що впливають як біологічні, так і соціальні чинники. На великих популяціях співвідношення числа народжень хлопчиків і дівчаток стабільне: на 100 дівчаток народжується 104-105 хлопчиків. Ось чому серед дітей переважають хлопчики; в молодому та середньому віці (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:**

- зменшення частки дітей (16,2%);
- 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 мертвонародження.

**Чисельність населення України з 1990 по 2018 роки (на 1 січня; тис. осіб)**

	Чисельність наявного населення			Чисельність постійного населення		
	всього	у тому числі		всього	у тому числі	
		міське	сільське		чоловіки	жінки
<b>1990</b>	51838,5	34869,2	16969,3	51556,5	23826,2	27730,3
<b>1991</b>	51944,4	35085,2	16859,2	51623,5	23886,5	27737,0
<b>1992</b>	52056,6	35296,9	16759,7	51708,2	23949,4	27758,8
<b>1993</b>	52244,1	35471,0	16773,1	51870,4	24046,3	27824,1
<b>1994</b>	52114,4	35400,7	16713,7	51715,4	23981,1	27734,3
<b>1995</b>	51728,4	35118,8	16609,6	51300,4	23792,3	27508,1
<b>1996</b>	51297,1	34767,9	16529,2	50874,1	23591,6	27282,5
<b>1997</b>	50818,4	34387,5	16430,9	50400,0	23366,2	27033,8
<b>1998</b>	50370,8	34048,2	16322,6	49973,5	23163,5	26810,0
<b>1999</b>	49918,1	33702,1	16216,0	49544,8	22963,4	26581,4
<b>2000</b>	49429,8	33338,6	16091,2	49115,0	22754,7	26360,3
<b>2001</b>	48923,2	32951,7	15971,5	48663,6	22530,4	26133,2
<b>2002<sup>1</sup></b>	48457,1	32574,4	15882,7	48240,9	22316,3	25924,6
<b>2003</b>	48003,5	32328,4	15675,1	47823,1	22112,5	25710,6
<b>2004</b>	47622,4	32146,4	15476,0	47442,1	21926,8	25515,3

<b>2005</b>	47280,8	32009,3	15271,5	47100,5	21754,0	25346,5
<b>2006</b>	46929,5	31877,7	15051,8	46749,2	21574,7	25174,5
<b>2007</b>	46646,0	31777,4	14868,6	46465,7	21434,7	25031,0
<b>2008</b>	46372,7	31668,8	14703,9	46192,3	21297,7	24894,6
<b>2009</b>	46143,7	31587,2	14556,5	45963,4	21185,0	24778,4
<b>2010</b>	45962,9	31524,8	14438,1	45782,6	21107,1	24675,5
<b>2011</b>	45778,5	31441,6	14336,9	45598,2	21032,6	24565,6
<b>2012</b>	45633,6	31380,9	14252,7	45453,3	20976,7	24476,6
<b>2013</b>	45553,0	31378,6	14174,4	45372,7	20962,7	24410,0
<b>2014</b>	45426,2	31336,6	14089,6	45245,9	20918,3	24327,6
<b>2015<sup>2</sup></b>	42929,3	29673,1	13256,2	42759,7	19787,8	22971,9
<b>2016<sup>2</sup></b>	42760,5	29585,0	13175,5	42590,9	19717,9	22873,0
<b>2017<sup>2</sup></b>	42584,5	29482,3	13102,2	42414,9	19644,6	22770,3
<b>2018<sup>2</sup></b>	42386,4	29371,0	13015,4	42216,8	19558,2	22658,6

<sup>1</sup> За даними Всеукраїнського перепису населення на 5 грудня 2001 року.

<sup>2</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

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:

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

(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);

- **брутто - 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.

### **Основні демографічні показники (на тис. наявного населення)**

	Кількість живонарод- жених	Кількість померлих	Природний приріст, скорочення (-)	Смертність дітей у віці до 1 року <sup>1</sup>	Кількість зареєстро- ваних шлюбів	Кількість зареєстро- ваних розлучень
<b>1990</b>	12,6	12,1	0,5	12,8	9,3	3,7
<b>1991</b>	12,1	12,9	-0,8	13,9	9,5	3,9
<b>1992</b>	11,4	13,4	-2,0	14,0	7,6	4,3
<b>1993</b>	10,7	14,2	-3,5	14,9	8,2	4,2
<b>1994</b>	10,0	14,7	-4,7	14,5	7,7	4,0
<b>1995</b>	9,6	15,4	-5,8	14,7	8,4	3,8
<b>1996</b>	9,2	15,2	-6,0	14,3	6,0	3,8
<b>1997</b>	8,7	14,9	-6,2	14,0	6,8	3,7
<b>1998</b>	8,4	14,4	-6,0	12,8	6,2	3,6
<b>1999</b>	7,8	14,9	-7,1	12,8	6,9	3,5
<b>2000</b>	7,8	15,4	-7,6	11,9	5,6	4,0
<b>2001</b>	7,7	15,3	-7,6	11,3	6,4	3,7
<b>2002</b>	8,1	15,7	-7,6	10,3	6,6	3,8
<b>2003</b>	8,5	16,0	-7,5	9,6	7,8	3,7
<b>2004</b>	9,0	16,0	-7,0	9,5	5,9	3,6
<b>2005</b>	9,0	16,6	-7,6	10,0	7,1	3,9
<b>2006</b>	9,8	16,2	-6,4	9,8	7,6	3,8
<b>2007</b>	10,2	16,4	-6,2	11,0	9,0	3,8
<b>2008</b>	11,0	16,3	-5,3	10,0	7,0	3,6
<b>2009</b>	11,1	15,3	-4,2	9,4	6,9	3,2
<b>2010</b>	10,8	15,2	-4,4	9,1	6,7	2,7 <sup>2</sup>
<b>2011</b>	11,0	14,5	-3,5	9,0	7,8	4,0
<b>2012</b>	11,4	14,5	-3,1	8,4	6,1	3,7
<b>2013</b>	11,1	14,6	-3,5	8,0	6,7	3,6
<b>2014<sup>3</sup></b>	10,8	14,7	-3,9	7,8	6,9	3,0
<b>2015<sup>4</sup></b>	10,7	14,9	-4,2	7,9	7,8	3,3
<b>2016<sup>4</sup></b>	10,3	14,7	-4,4	7,4	5,9	3,3
<b>2017<sup>4</sup></b>	9,4	14,5	-5,1	7,6	6,5	3,3

<sup>1</sup> На 1000 живонароджених

<sup>2</sup> За даними органів державної реєстрації актів цивільного стану без урахування розірвань шлюбів, здійснених у судовому порядку.

<sup>3</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та адміністративних даних та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях. .

<sup>4</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

**Загальний показник смертності** характеризує частоту випадків смерті за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території. Його розраховують так:

$$\text{Загальний показник смертності} = \frac{\text{Число померлих за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

### Динаміка загальної смертності в залежності від причин на території України (тис.осіб)

	Всього померлих	За окремими причинами:					
		хвороби системи кровообігу (I00-I99)	новоутворення (C00-D48)	зовнішні причини смерті (V01-Y98)	хвороби органів травлення (K00-K93)	хвороби органів дихання (J00-J99)	деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99)
<b>2005<sup>1</sup></b>	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
<b>2006</b>	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
<b>2007</b>	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
<b>2008</b>	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
<b>2009</b>	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1
<b>2010</b>	698,2	465,1	88,8	44,0	26,8	19,5	14,6
<b>2011</b>	664,6	440,3	89,0	42,4	25,2	17,9	14,1
<b>2012</b>	663,1	436,4	92,9	41,7	27,7	17,1	13,9
<b>2013</b>	662,4	440,4	92,3	40,3	28,0	16,5	12,9
<b>2014<sup>2</sup></b>	632,3	425,6	83,9	40,1	25,2	14,8	11,0
<b>2015<sup>2</sup></b>	594,8	404,6	79,5	34,6	22,8	14,0	9,9
<b>2016<sup>2</sup></b>	583,6	392,3	79,0	31,7	22,0	13,8	9,3
<b>2017<sup>2</sup></b>	574,1	384,8	78,3	31,2	22,0	12,2	8,7

<sup>1</sup> Починаючи з 2005 року розробка причин смерті проводиться відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду.

<sup>2</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

**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.

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

Смертність немовлят виступає як ключовий показник здоров'я і є індикатором:

1. Здоров'я населення
2. Ефективності діяльності системи охорони материнства і дитинства
3. Санітарно-гігієнічного благополуччя населення
4. Соціально-економічного благополуччя населення

**Перинатальний період** - період, який починається з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу - термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних днів життя новонародженого (168 годин після народження).

**Живонародження** - вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання/вилучення (незалежно від тривалості вагітності, від того, чи перерізана пуповина і чи відшарувалась плацента) дихає або має будь-які інші ознаки життя, такі як серцебиття, пульсація пуповини, певні рухи скелетних м'язів.

**Мертвонародження** - вигнання або вилучення з організму матері плода з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) або масою 500 г та більше, який не дихає та не виявляє будь-яких інших ознак

життя, таких як серцебиття, пульсація пуповини або певні рухи скелетних м'язів.

**Плід** - внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-го тижня вагітності (з 84 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до повного вигнання / вилучення з організму матері.

**Викидень** (аборт) - народження плода до повного 22-го тижня вагітності зростом менше 25 см та масою менше 500 г незалежно від наявності ознак життя.

**Аntenатальна смерть** - загибель плода, що настала у період з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до початку пологів.

**Інтранатальна смерть** - загибель плода, що настала у першому або другому періоді пологів.

Термін вагітності визначається від першого дня останнього нормального менструального циклу. Термін вагітності визначається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, період між 280-ю і 286-ю добою від першого дня останнього нормального менструального циклу, відповідає 40 тижням вагітності).

Перший день останнього нормального менструального циклу необхідно оцінювати як день 0, а не день 1-й. Дні 0-6 відповідно складають "повний нульовий місячний тиждень", дні 7-13 - "повний перший тиждень", і відповідно 40-й тиждень вагітності є синонімом поняття "повні 39 тижнів". Якщо дата останньої нормальної менструації невідома, термін вагітності необхідно визначати на основі найбільш надійних клінічних ознак.

**Передчасні пологи** - пологи, що відбулись у період з 22-го повного тижня до закінчення 37-го тижня вагітності (154-259 діб).

**Пологи в строк** (термінові) - пологи, що відбулися у період з 37 повного тижня до закінчення 42-го тижня вагітності (260-293 доби).

**Запізнілі пологи** - пологи, що відбулися після 42-го повного тижня вагітності (на 294 добу або пізніше).

**Новонароджений** - живонароджена дитина, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу).

**Недоношений новонароджений** - живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності з 22-го повного до 37 повного тижня вагітності (154-258 діб).

**Доношений новонароджений** - живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності від 37 повних тижнів до закінчення 42-го тижня вагітності (259-293 доби).

**Переношений новонароджений** - живонароджена дитина, що народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби, або пізніше).

### **Неонатальний період**

**Неонатальний період** - період, що починається з моменту народження дитини до закінчення 28 повних діб після народження.

**Ранній неонатальний період** - період часу від моменту народження дитини до закінчення 7 діб життя (168 годин).

**Пізній неонатальний період** - період часу після 7 повних діб життя (з 169-ї години) до закінчення 28 діб життя.

**Неонатальна смерть** - смерть народженої живою дитини упродовж перших 28 повних діб життя.

**Рання неонатальна смерть** (постнатальна) - смерть народженої живою дитини упродовж перших 7 діб життя.

**Пізня неонатальна смерть** - смерть народженої живою дитини, яка настала у період після 7 повних діб життя (з 169-ї години) до закінчення 28 діб життя.

*Примітка.* У записі про час смерті дитини, що настала упродовж нульової доби життя, тривалість життя вказується у повних хвилинах чи годинах. У випадку смерті дитини в наступні 27 діб життя вік дитини вказується в добах.

Неонатальна смертність: (кількість дітей, що померли протягом перших 28 повних днів життя • 1000) / кількість дітей, народжених живими в поточному році;

Серед дітей, що помирають на першому місяці життя, 2/3 (60-70 %) складають випадки смерті в ранньому неонатальному періоді, тобто в перші 7 днів життя.

В свою чергу, питома вага неонатальної смертності в загальній смертності немовлят у більшості країн становить 50-60 %, а в деяких досягає 70 %.

Період життя дитини після перших повних 28 днів називають постнеонатальним (29 днів-12 місяців).

### **Формули для розрахунку:**

**Рання неонатальна смертність:** (кількість дітей, що померли протягом перших 7 днів (168 годин життя) • 1000) / кількість дітей, народжених живими в поточному році;

**Постнеонатальна смертність:** (кількість дітей, що померли у віці з 29 дня життя до 12 місяців життя включно • 1000) / кількість дітей, що народилися живими в поточному році - кількість дітей, що померли цього року у перші чотири тижні (28 днів) життя;

**Рівень перинатальної смертності:** (кількість мертвонароджених дітей + кількість дітей, що померли протягом перших 7 днів життя) • 1000 / кількість дітей, народжених живими та мертвими.

**Неонатальна смертність** – смертність серед народжених живими протягом перших 28 повних днів життя – визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли протягом перших 28 повних днів життя}}{\text{Число народжених живими в поточному році}} \times 1000$$

**Постнеонатальну смертність** (29 днів-12 місяців) визначають за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли у віці 29 днів-12 місяців} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими} - \text{Число дітей, що померли в поточному році на першому місяці життя}}$$

### Групування випадків ранньої неонатальної смертності за віком новонародженого

Години	Доба
До 24	Нульова
25-48	Перша
49-72	Друга
73-96	Третя
97-120	Четверта
121-144	П'ята
145-168	Шоста

### Критерії перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості

#### 1. Критерії перинатального періоду:

- початок - повні 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу (з 22-го повного тижня вагітності);
- кінець - 168 годин життя.

2. Таким, що **народився живим**, є новонароджений, у якого наявна хоча б одна з таких ознак:

- дихання;
- серцебиття;
- пульсація судин пуповини;
- рухи скелетних м'язів.

3. Таким, що **народився мертвим**, є новонароджений, у якого немає жодної з ознак життя, а саме:

- дихання;
- серцебиття;
- пульсація судин пуповини;
- рухи скелетних м'язів.

**Динаміка малюкової смертності на території України з 1990 по 2017 рр.**

(осіб)

	<b>Розподіл померлих дітей у віці до 1 року за статтю</b>		
	<b>обидві статі</b>	<b>хлопчики</b>	<b>Дівчата</b>
<b>1990</b>	8525	4997	3528
<b>1991</b>	8831	5103	3728
<b>1992</b>	8429	4954	3475
<b>1993</b>	8431	5046	3385
<b>1994</b>	7683	4493	3190
<b>1995</b>	7314	4243	3071
<b>1996</b>	6779	3978	2801
<b>1997</b>	6282	3733	2549
<b>1998</b>	5423	3252	2171
<b>1999</b>	5065	3001	2064
<b>2000</b>	4606	2772	1834
<b>2001</b>	4283	2488	1795
<b>2002</b>	4023	2449	1574
<b>2003</b>	3882	2296	1586
<b>2004</b>	4024	2347	1677
<b>2005</b>	4259	2467	1792
<b>2006</b>	4433	2628	1805
<b>2007</b>	5188	3039	2149
<b>2008</b>	5049	2892	2157
<b>2009</b>	4801	2724	2077
<b>2010</b>	4564	2647	1917
<b>2011</b>	4511	2603	1908
<b>2012</b>	4371	2496	1875
<b>2013</b>	4030	2309	1721
<b>2014<sup>1</sup></b>	3656	2124	1532
<b>2015<sup>1</sup></b>	3318	1896	1422
<b>2016<sup>1</sup></b>	2955	1703	1252
<b>2017<sup>1</sup></b>	2786	1608	1178

<sup>1</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

### **Методика розрахунку показників смертності немовлят Коефіцієнт смертності немовлят (загальна малюкова смертність)**

$$KCH = \frac{M}{N_0} 1000$$

-**M** – кількість дітей померлих у віці до 1-го року у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт

-**N<sub>0</sub>** - кількість дітей народжених живими у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт

Коефіцієнт смертності немовлят (КСН) – **формула Ратса**

$$KCH = \frac{M}{\frac{2}{3}N_0 + N_1/3} 1000$$

-**M** – кількість дітей померлих у віці до 1-го року у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт

-**N<sub>0</sub>** - кількість народжених живими у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт;

-**N<sub>1</sub>** - кількість народжених живими у попередньому році

Коефіцієнт смертності немовлят (КСН) – **формула Бекка**, рекомендована **ВООЗ**

$$KCH = \left( \frac{M_0}{N_0} + \frac{M_1}{N_1} \right) \cdot 1000$$

-**M<sub>0</sub>** – кількість померлих дітей у віці до 1-го року із числа народжених у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт;

-**M<sub>1</sub>** – кількість померлих у віці до 1-го року із числа народжених у попередньому календарному році;

-**N<sub>0</sub>** - кількість народжених у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт;

-**N<sub>1</sub>** - кількість народжених у попередньому році

Коефіцієнт смертності немовлят (КСН) – **формула Бекка**, модифікація Держкомстату України

$$\hat{E}\tilde{N}\hat{I} = \left( \frac{\hat{I}_0 + \hat{I}''}{N_0} + \frac{M_1}{N_1} \right) \cdot 1000$$

-**M<sub>0</sub>** – кількість померлих дітей у віці до 1-го року із числа народжених у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт;

-**M''** – кількість померлих дітей у віці до 1-го року, рік народження яких невідомий;

-**M<sub>1</sub>** – кількість померлих у віці до 1-го року із числа народжених у попередньому календарному році;

- N0 - кількість народжених у тому році, для якого обчислюється коефіцієнт;
- N1 - кількість народжених у попередньому році

**Коефіцієнт смертності немовлят за календарний місяць:**

Кількість дітей, які померли у віці до 1 року за даний місяць × 1000

середньомісячна кількість новонароджених дітей за 13 останніх місяців (кількість новонароджених за даний та 12 попередніх календарних місяців:13)

Відповідно до Наказу МОЗ України № 179 від 29.03.2006 р. “Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонароджуваності, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених”

Розрізняють три типи смертності немовлят:

- тип А - на першому місяці життя помирає 50 % і більше від загальної кількості дітей, померлих на 1 му році;
- тип В - на 1 місяці помирає від 30 до 49 % від загальної кількості померлих на 1-му році;
- тип С - менше 30 % дітей помирає на першому місяці життя, решта - в постнеонатальному періоді.

**Перинатальна смертність** включає мертвонароджуваність (смерть наступила до пологів або в пологах) і ранню неонатальну смертність (смерть настала протягом 168 год після народження дитини). Показник обчислюють по окремих адміністративних територіях (республіка, область, край, місто, район) за календарний рік, 6 міс, квартал згідно загальноприйнятою методикою. Методика розрахунку перинатальної смертності та її компонентів наведена нижче.

**Критерії мертвонароджуваності ВООЗ**

**Показник мертвонароджуваності =**

Кількість мертвонароджених • 1000

Кількість дітей народжених живими і мертвими

**Показник перинатальної смертності =**

Кількість мертвонароджених та померлих у ранньому неонатальному періоді

----- \* 1000  
Загальна кількість народжених (живими і мертвими)

**Дає можливість визначити:**

- Специфічний показник перинатальної смертності
- Пропорційний показник перинатальної смертності

**Показник перинатальної смертності:**

*-Пропорційний показник перинатальної смертності.*  
Кількість мертвонароджених та померлих

у ранньому неонатальному періоді у даній ваговій групі

---

Загальна кількість народжених (живими і мертвими) у всіх вагових групах

## ***2. Специфічний показник перинатальної смертності***

Кількість мертвонароджених та померлих  
у ранньому неонатальному періоді у даній ваговій групі

---

Загальна кількість народжених живими і мертвими  
у даній ваговій групі

### **Підведення підсумків.**

### **Список рекомендованої літератури**

#### **Основна:**

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., Гречишкіна Н.В. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С., К.: Книга-плюс, 2021. 296 с

#### **Додаткова:**

1. Гойко О.В. Статистичні аспекти доказової медицини / О.В. Гойко, С.І. Мохначов // Хірургія України. - 2013. - № 2. - С. 109-112.
2. Денисюк В.Г., Денисюк О.В. «Доказова внутрішня медицина» - Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. - 928 с.
3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / За заг. ред. В.Ф. Москаленка. - К.: Книга плюс, 2010. — 328 с.
4. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2012. - 560 с.
5. Здоров'я 2020 - основи європейської політики та стратегії для XXI ст. - ВООЗ, 2013. - 232 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.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р.- К., 2016-452 с.
9. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
10. Основи доказової медицини / За ред. М. П. Скаун. – Тернопіль, Укрмедкнига, 2005. - 244 с.

## Електронні інформаційні ресурси

1. Доповідь про стан охорони здоров'я в світі 2013р.- ВООЗ,206с. [www.who.int/who](http://www.who.int/who)
2. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [www.euro.who.int/ru/home](http://www.euro.who.int/ru/home)
3. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
4. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
5. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
6. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
7. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
8. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
9. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://www.phc.org.ua)
10. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх»: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
11. Журнал British Medical Journal [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
12. Журнал Evidence-Based Medicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №8

**ТЕМА:** Методика вивчення захворюваності населення. Обчислення та оцінка показників загальної захворюваності та її різновидів. - 2 год.

**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

<b>Термін</b>	<b>Визначення</b>
<b>Захворюваність населення</b>	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.
<b>Загальна захворюваність</b>	враховує поширеність усіх хвороб серед всього населення в цілому і окремих захворювань в певних його групах на даній території за результатами
<b>Загальна захворюваність, або поширеність захворювань (Prevalence)</b>	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);.
<b>Первинна захворюваність (Incidence)</b>	згідно ВООЗ рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання.
<b>Група ризику</b>	Група людей, які через свого біологічного, соціального статусу, поведінки або умов навколишнього середовища більш схильні до виникнення хвороб або порушень здоров'я в
<b>Епідеміологія (як наука)</b>	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

<b>Фактори ризику</b>	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
<b>Епідеміологія</b>	У вузькому розумінні епідеміологія - це вивчення статистичної частоти і статистичного розподілу захворювань серед населення, а також факторів, які визначають частотність захворювань. У широкому розумінні термін «епідеміологія» застосовується щодо інших питань медичної науки, до розгляду яких залучається метод емпіричного соціального дослідження статистичний метод. Епідеміологія вважається основною сферою суспільного здоров'я, оскільки ця галузь медицини (на відміну від клінічної) НЕ зосереджена на окремому особі, яка потребує медичної допомоги, замість цього в центрі її уваги знаходиться все населення або окремі його групи. На основі фактів, які збираються епідеміологією, можуть розроблятися пропозиції щодо вдосконалення суспільного здоров'я. Наука, яка вивчає закономірності поширення і фактори, які визначають стан або події, пов'язані зі здоров'ям у

### **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.

План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

**II. Контроль опорних знань: Теоретичні питання до заняття:**

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.
10. Облікова документація для реєстрації та вивчення інфекційної, госпіталізованої, важливої неепідемічної захворюваності.

**III. Формування професійних вмінь, навичок.**

***Навчальні цілі:***

- Планувати заходи профілактики захворювань серед населення для запобігання поширеності захворювань;
- засвоєння основ організації медичної допомоги, принципів оцінки організації та якості надання різних видів медичної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я;
- формування знань з питання експертизи втрати працездатності, її видів, порядку організації та дій медичних працівників щодо конкретних ситуацій експертизи втрати працездатності.

**Зміст теми:**

Основними методами вивчення захворюваності є методи, що передбачають використання таких даних:

- звернень за лікарською допомогою в медичні заклади;
- медичних оглядів окремих груп населення;
- про причини смерті;
- опитування населення;
- спеціальних вибіркового досліджень.

В Україні згідно з постановою Кабінету Міністрів України за №326 від 04.05.93 р. “ Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку та статистики, розпочато впровадження МКХ-10 у лікувально-профілактичних з 1999 року.

**При вивченні захворюваності за даними звертань за медичною допомогою розрізняють такі її види:**

1. загальна захворюваність;

2. інфекційна захворюваність;
3. захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання;
4. госпітальна захворюваність;
5. захворюваність з тимчасовою втратою працездатності робітників і службовців.

Кожен з цих видів захворюваності вивчається за певними обліковими документами та оцінюється за різними показниками.

**Загальна захворюваність** враховує поширеність усіх хвороб серед усього населення в цілому та окремих захворювань у певних його групах на даній території за результатами звертань.

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворюваності, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року.

Загальна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації усіх первинних звертань хворих.

Первинним зверненням при хронічних захворюваннях вважається перше звертання в даному році.

При гострих захворюваннях, які можуть мати місце кілька разів протягом року, враховується перше звертання з приводу кожного випадку.

За одиницю спостереження при вивченні загальної захворюваності беруть випадок захворювання чи травми, з приводу якого пацієнт звернувся до лікувального закладу.

**Розрізняють такі основні показники загальної захворюваності:**

- **первинна захворюваність (Incidence)** – рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання;

- **загальна захворюваність або поширеність захворювань (Prevalence)** – 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.**

**Методика розрахунку зазначених вище показників представлена у**

**Таблиці № 1**

<i>Назва показників</i>	<i>Методика розрахунку</i>
Первинна захворюваність	Кількість захворювань, які зареєстровані вперше в даному році <u>(всі гострі + вперше виявлені хронічні захворювання) · 1000</u>
Загальна захворюваність (поширеність усіх зареєстрованих захворювань)	Кількість усіх зареєстрованих протягом даного року захворювань (гострі + хронічні, виявлені як у поточному, так і в попередніх роках) · 1000 Середньорічна чисельність населення

Структура первинної, загальної захворюваності (поширеність)	Кількість усіх зареєстрованих протягом року захворювань даного класу, групи, нозологічної форми (вперше зареєстрованих) · 100 Кількість усіх (вперше) зареєстрованих протягом року захворювань
---	--

У нашій країні існує спеціальний облік і звітність про інфекційні захворювання. Він проводиться з метою запобігання розповсюдженню та виникненню епідемічних спалахів, а також попередженню професійних і харчових отруєнь.

Обов'язковій реєстрації та обліку підлягають такі захворювання: черевний тиф, паратифи, інші інфекції, викликані сальмонельозами, бруцельоз, всі форми дизентерії та ряд інших.

Перелік захворювань, який періодично змінюється, регламентує МОЗ України.

Одиницею спостереження при вивченні інфекційної захворюваності є кожний випадок захворювання чи підозра на нього. При виявленні їх заповнюється “Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння”, що є основним документом для вивчення епідемічної захворюваності.

**Для аналізу інфекційної захворюваності застосовуються такі показники:**

- **частота виявлених захворювань** (співвідношення їх числа до чисельності населення даної території; з розрахунку на 100 тисяч населення);

- **сезонність** (за основу беруться дані про число захворюваність по місяцях, показники сезонних коливань – це співвідношення даних за місяць до середньорічних);

- **частота госпіталізації та повнота охоплення нею** (в першому випадку – це відношення числа госпіталізованих до чисельності населення, в другому – до числа виявлених захворювань, у відсотках);

- **частота захворювань за віком, статтю, професією** (співвідношення числа захворювань у відповідній групі до чисельності населення даної групи);

- **число виявлених бацилоносіїв з розрахунку на 1000 обстежених.**

**Спеціальному обліку підлягають деякі неепідемічні захворювання:**

- злоякісні новоутворення;
- психічні хвороби;
- венеричні хвороби;
- активний туберкульоз;
- важкі мікози.

**Госпітальна, “ госпіталізована ” захворюваність** дозволяє проводити облік хворих, що лікувалися в стаціонарах протягом року.

Одиницею спостереження при її вивченні є кожний випадок госпіталізації хворого з приводу захворювання.

Джерелом інформації при вивченні госпітальної захворюваності є “ Статистична карта хворого, що вибув із стаціонару ”.

Цей документ заповнюється лікуючим лікарем при оформленні “ Медичної карти стаціонарного хворого ” в день його виписки чи в разі смерті.

**Захворюваність госпіталізованих хворих вивчається за такими показниками:**

- частота госпіталізації;
- рівень госпіталізації за віком, статтю, місцем проживання;
- структура госпіталізації;
- середня тривалість лікування , цей показник доцільно пов'язувати з віком хворих, діагнозами, результатами лікування та аналізувати окремо для виписаних зі стаціонару та померлих хворих.

**Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності** вивчається серед працюючих і враховує випадки захворювань, результатом яких є невихід на роботу.

Одиницею обліку є випадок втрати працездатності.

Обліковим документом для реєстрації кожного випадку тимчасової непрацездатності працівника протягом року є листок непрацездатності (е-лікарняний).

На підставі даних реєстрації складається “ Звіт про причини тимчасової непрацездатності ” (ф.№ 23-ТН). Він містить дані про число випадків і календарних днів непрацездатності щодо найбільш поширених захворювань, у зв'язку з доглядом за хворим, із відпусткою при вагітності та пологах, санаторно-курортним лікуванням тощо.

Поглиблений аналіз захворюваності робітників із тимчасовою втратою працездатності здійснюють за даними персонального обліку захворюваності ("за хворими особами"). На кожного працівника заповнюють спеціальну картку обліку, в якій занотовують дані про захворюваність із тимчасовою втратою працездатності. В кінці року піддають обробці картки лише тих робітників, які пропрацювали на цьому підприємстві не менше одного року. Цей метод дає змогу аналізувати захворюваність за статтю, віком, професією, стажем, окремими нозологічними формами й т.ін., а також виявляти осіб, що довго й часто хворіють і підлягають систематичному лікарському контролю. Крім того, він ефективний при аналізі професійної захворюваності та визначенні зв'язку хронічного захворювання з професією. Цей зв'язок може бути встановлений на основі невідповідності числа зареєстрованих випадків захворювання з втратою працездатності числа хворих робітників, оскільки тимчасове звільнення від роботи внаслідок загострення хронічного захворювання робітник може одержати кілька разів на рік.

Захворюваність працюючих призводить до значних економічних втрат суспільства, чим обумовлене велике соціально-економічне значення даної проблеми.

Для з'ясування впливу умов праці на здоров'я працюючих, оцінки ефективності оздоровчих заходів переважно на великих підприємствах

проводиться поглиблений облік захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

В основу його покладено поособовий облік захворювань працюючих, який передбачає заведення на кожного робітника карти, що містить інформацію про всі випадки втрати працездатності протягом року з їх основними характеристиками: діагноз, тривалість, місце видачі листка.

Такий облік дозволяє одержати додаткову інформацію про:

- тих, хто часто та тривало хворів протягом року;
- питому вагу осіб, які хворіли протягом року;
- питому вагу працюючих, які не хворіли протягом календарного року (індекс здоров'я).

**При відборі групи тих, що часто та тривало хворіють, використовують такі критерії:**

- етіологічний фактор;
- число випадків втрати працездатності;
- число днів втрати працездатності.

На рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності впливають різні чинники.

*Основними з них є:*

- санітарно-гігієнічні умови праці;
- організація виробничих процесів;
- умови побуту;
- організація та якість медичного обслуговування;
- якість лікарської експертизи працездатності;
- склад працюючих за віком, професією, стажем роботи тощо.

*Разом з тим мають вплив і деякі додаткові чинники, а саме:*

- законодавство в галузі соціального страхування;
- розмір оплати при тимчасовій непрацездатності;
- розмір середньомісячного заробітку;
- система оплати праці;
- ритмічність роботи підприємства;
- плинність робочих кадрів тощо.

**Показник календарних днів тимчасової непрацездатності (ТН):**

Показник календарних днів =  $\frac{\text{Абсолютне число календарних днів ТН} \cdot 100}{\text{ТН на 100 працюючих} \cdot \text{Середня чисельність працюючих}}$

**Показник випадків тимчасової непрацездатності:**

Показник випадків ТН =  $\frac{\text{Абсолютне число випадків ТН} \cdot 100}{\text{100 працюючих} \cdot \text{Середня чисельність працюючих}}$

**Середня тривалість випадку тимчасової непрацездатності:**

Середня тривалість =  $\frac{\text{Число календарних днів ТН}}{\text{Число випадків ТН}}$

## **Показник структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності:**

Показник структури =  $\frac{\text{Число випадків ТН з даного захворювання} \cdot 100\%}{\text{Число випадків ТН при всіх захворюваннях}}$

## **Підведення підсумків**

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В. Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-BasedMedicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №9

**ТЕМА:** Сімейна медицина. Первинна, вторинна та третинна медична допомога населенню – 2 год.

**Мета:** Знайомство та створення уявлення про сучасну організаційну модель діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини. Засвоїти основні організаційні принципи, задачі та вимоги щодо діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини.

### **Основні поняття:**

**Лікувально-профілактична допомога** - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.

**Сімейна медицина** — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики.

**Сімейний лікар** - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

**ПМСД** - це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

### **Актуальність теми.**

Значущість теми у майбутній професійній діяльності лікаря полягає в тому, в останні часи значно зростає роль саме первинної медико-санітарної допомоги (ПМ-СД), в системі якої, як правило, і починають свою лікарську діяльність випускники медичних ВУЗів. На ПМСД покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування (до одужання чи повної компенсації) хворих на найбільш поширені захворювання, в т.ч. і не терапевтичного профілю;
- долікування після одержання інших видів допомоги;
- цільове направлення для одержання медичної допомоги у випадках, що виходять за межі компетенції лікаря загальної практики;
- проведення комплексу профілактичних заходів;
- диспансеризація хворих з орієнтацією на донозологічну діагностику та медико-соціальну профілактику;
- надання невідкладної допомоги.

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини. Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійним контингентом, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя. Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я.

Сімейний лікар - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання

Він допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях. Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

З огляду на вищенаведене та з метою відповідної підготовки майбутніх лікарів до самостійної роботи в системі ПМСД і визначило необхідність проводити практичне заняття за даною темою.

#### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

1. Система охорони здоров'я в Україні. Принципи та організація.
2. Організація первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.
3. Організація вторинної та третинної допомоги.
4. Організація стаціонарної допомоги населенню, забезпеченість населення ліжками, рівні госпіталізації. Госпітальний округ. Аналіз діяльності стаціонару.
5. Особливості медичного забезпечення сільського населення.

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Оволодіти навичками організації та аналізу діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги населенню за принципами сімейної медицини.
2. Вміти теоретично досліджувати та обґрунтовувати оптимізовані схеми-моделі системи ПМСД населенню на принципах сімейної медицини

**Зміст теми:**

*Лікувально-профілактична допомога* - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття. До видів лікувально-профілактичної допомоги відносяться амбулаторно - поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна.

***Види лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню та заклади, що її надають:***

*Амбулаторно-поліклінічна допомога* надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при звертанні

безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі чи вдома.

*Швидка медична допомога* - це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

*Стаціонарна допомога* надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

#### **Лікувально-профілактична допомога здійснюється:**

- лікувально-профілактичними акредитованими закладами;
- службою швидкої медичної допомоги;
- окремими медичними працівниками, які мають ліцензію.

В наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню України беруть участь медичні заклади різних рівнів:

- медичні заклади сільських адміністративних районів - центральні районні лікарні та районні лікарні, районні та міжрайонні диспансери, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти;
- міський рівень - лікарні, диспансери, консультативно-діагностичні та медичні центри;
- обласний рівень - обласні лікарні та диспансери, міжобласні та обласні спеціалізовані центри;
- державний рівень - спеціалізовані медичні центри, клініки науково-дослідних інститутів і вищих навчальних закладів.

#### **Лікувально-профілактичні заклади :**

В Україні функціонує широка мережа лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих МОЗ України - більше 6350 закладів амбулаторно - поліклінічних та 3146 лікарняних.

Частина амбулаторно-поліклінічних закладів входить до складу різних лікарень і диспансерів, проте число самостійних поліклінік (за винятком стоматологічних) і амбулаторій також значне, воно становить майже 40%. Серед лікарняних закладів провідне місце за кількістю ліжок і за обсягом стаціонарної допомоги займають багатопрофільні обласні, міські та центральні районні лікарні (56 % ліжкового фонду), а частка госпіталізованих у ці заклади хворих становить 2/3 від усіх госпіталізованих (67 %). У спеціалізованих лікарнях і диспансерах розміщено майже 15 % ліжкового фонду, частка госпіталізованих до них досягла 8,5 %.

Майже 30 % ліжок функціонують у інших закладах - дільничні та наркологічні лікарні тощо .

Для надання населенню повноцінної стаціонарної допомоги важливе значення має не тільки достатня кількість ліжок, але й структура ліжкового фонду за спеціальностями, забезпечення його кадрами та обладнанням. Проведення спеціалізації медичної допомоги базується на визначенні концентрації ліжок певного профілю, сил і засобів охорони здоров'я. Спеціалізована допомога повинна бути диференційована за типами населених пунктів, закладами охорони здоров'я та етапами надання допомоги.

Основною тенденцією сучасного періоду є наближення основних видів стаціонарної допомоги до населення (загально терапевтичної, загальнохірургічної, педіатричної, акушерсько-гінекологічної) та централізація спеціалізованих і вузькоспеціалізованих видів на базі потужніших лікарень. З врахуванням цього заклади стаціонарної допомоги поділяються на дві групи. До першої належать ті, що забезпечують її основні види - міські, районні, дільничні лікарні. Друга представлена тими, які надають спеціалізовану медичну допомогу - медичні центри, пологові будинки, спеціалізовані лікарні - як-то інфекційні, психіатричні, туберкульозні, травматологічні, фізіотерапевтичні, наркологічні та інші. В ряді регіонів організація досить потужних вузькоспеціалізованих відділень тільки в стаціонарах міських лікарень неможлива. Тому виникає потреба в перерозподілі ліжкового фонду між кількома лікарнями, в об'єднанні відповідних відділень міських, обласних, а інколи й відомчих лікарень. Таким чином, структура ліжкового фонду формується з урахуванням місцевих умов і особливостей на основі регіональної диференціації. За останнє десятиріччя широкого розповсюдження набуло створення спеціалізованих центрів, наприклад, центру реабілітації репродуктивної функції жінки, дитячого центру пересадки кісткового мозку тощо.

Для виконання складних і різноманітних завдань лікувально-профілактичної допомоги, формуються штати персоналу відповідних закладів, чисельність і склад медичних працівників визначаються умовами території, котру мають обслуговувати ці заклади, враховуючи чисельність населення, особливості його розселення, форми роботи закладів в умовах реформування галузі охорони здоров'я тощо.

За сучасних умов одним з принципів розвитку системи охорони здоров'я є децентралізація управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності їх працівників на правовій і договірній основі . Виходячи з цього, керівники мають можливість творчо реалізувати на місцях відповідні

постанови та накази щодо розвитку конкретних видів медичної допомоги та формування штатів, враховуючи раціональність перерозподілу посад між окремими структурними підрозділами відповідно до ситуацій та проблем, що виникають. В процесі формування чи реорганізації системи в конкретному регіоні чи місті слід забезпечити пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги, служби екстреної та швидкої медичної допомоги, медичної допомоги дітям та матерям, зберігаючи мережу лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості.

Штатні нормативи регламентуються відповідним наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. "Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я". Загальна штатна чисельність їх працівників є граничною. При формуванні штатів треба дотримуватись меж, встановлених лімітами бюджетних асигнувань на заробітну плату.

Всі **функції**, обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються в лікувально-профілактичних закладах відповідно до конкретних умов їх діяльності. Розмежування функцій залежить насамперед від участі лікувально-профілактичних закладів в наданні допомоги різного **ступеня** складності: *первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої)*, від їх потужності, видів спеціалізованої допомоги, а також категорії, присвоєної ЛПЗ відповідною акредитаційною комісією.

**Первинна** лікувально-профілактична допомога, як основна частина медико-санітарної допомоги, передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів.

**Вторинна** (спеціалізована) допомога передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.

**Третинна** (високоспеціалізована) допомога надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються.

В діючій системі охорони здоров'я первинна та вторинна лікувально-профілактична допомога надається в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну допомогу забезпечують спеціалізовані та багатопрофільні лікарні (обласні, центральні міські), діагностичні та медичні центри, диспансери. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про стан свого здоров'я.

**Сімейна медицина:**

**Сімейна медицина** — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї.

Провідна роль АПД в медичному забезпеченні населення зобов'язує керівників відповідних ЛПУ і всього медичного персоналу постійно удосконалювати їх багатогранну діяльність. Це обумовлює розмежування сфер діяльності між структурами первинної, вторинної чи третинної медичної допомоги. При цьому значно зростає роль саме первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Європейське регіональне бюро ВООЗ дало таке визначення: первинна медико-санітарна допомога включає консультацію та першу допомогу, яку надають одноосібне чи разом спеціалісти з охорони здоров'я, чи споріднених професій з профілактичною та лікувальною метою.

Сформульоване в основах законодавства України з охорони здоров'я (1992 рік) поняття вказується, що ПМСД - це основна лікувальна та профілактична допомога, проста діагностика, направлення в складних випадках на консультацію більш високого рівня та основні санітарно-освітні заходи.

Функції ПМСД не обмежуються тільки медичною допомогою. Пріоритетність її розвитку пов'язана також з потребою забезпечити:

- гарантований обсяг медичної, психологічної та соціальної допомоги;
- доступність відповідних медичних і соціальних послуг для всього населення;
- безперервність спостереження за пацієнтами.

Повноцінне функціонування ПМСД потребує вирішення ряду проблем: проведення організаційних заходів; визначення джерел фінансування; удосконалення та реорганізація інфраструктури ПМСД; узгодження її взаємодії з іншими видами медичного забезпечення; налагодження підготовки та перепідготовки медичного та іншого персоналу; проведення серед населення відповідних санітарно-освітніх заходів з метою формування позитивного до сприйняття ПМСД.

**ПМСД** - це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів. Тому на її покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування (до одужання чи повної компенсації) хворих на найбільш поширені захворювання, в т.ч. і нетерапевтичного профілю;

- доліковування після одержання інших видів допомоги;
- цільове направлення для одержання медичної допомоги у випадках, що виходять за межі компетенції лікаря загальної практики;
- проведення комплексу профілактичних заходів;
- диспансеризація хворих з орієнтацією на донозологічну діагностику та медико-соціальну профілактику:
- надання невідкладної допомоги.

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини. Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозиуму з охорони здоров'я, що проводився в Санкт-Петербурзі (жовтень 1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД - сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи - групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

Головною особою в ПМСД є сімейний лікар (лікар загальної практики), завдання якого визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р.

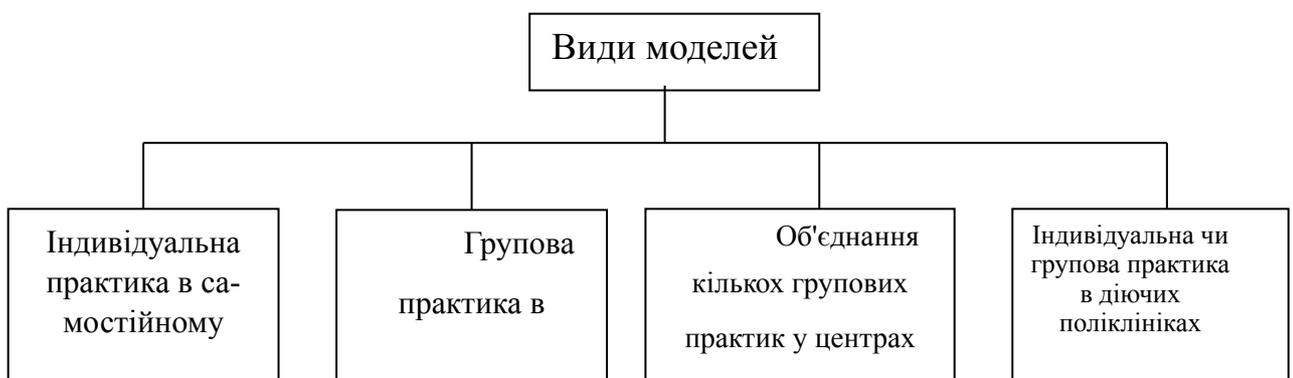
**Сімейний лікар** - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Посаду сімейного лікаря може займати лікар, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина», або лікарі за спеціальностями «Лікувальна справа» і «Педіатрія», що пройшли підготовку у вищих медичних закладах післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини і отримали сертифікат за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Контингент населення, який прикріплюється до сімейного лікаря для отримання первинної медико-санітарної допомоги, формується на основі права вільного вибору лікаря в межах затверджених нормативів

навантаження спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Порядок діяльності сімейного лікаря і його визначення встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

**Моделі роботи сімейного лікаря** (лікаря загальної практики) представлені на малюнку 1.



Мал. 1. Організаційні моделі роботи сімейних лікарів (лікарів загальної практики).

### Критерії WONCA

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) ставить 6 основних вимог до сімейного лікаря:

1. Надання первинної медичної допомоги  
вміння проводити первинне обстеження пацієнта;  
координація діяльності вузьких фахівців, залучених до допомоги пацієнту;
2. Особлива увага до інтересів пацієнта  
здатність приділяти увагу до інтересів пацієнта;  
вміння встановлення продуктивних відносин з пацієнтом і використання цих навичок при роботі з хворим;  
забезпечення безперервності надання меддопомоги тривалий час.
3. Вміння вирішувати певні проблеми пацієнта  
прийняття рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення;  
лікування хвороб на ранніх стадіях та негайне надання допомоги за нагальної необхідності.

#### 4. Комплексний підхід

одночасне лікування як гострих, так і хронічних станів пацієнта; організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів.

#### 5. Соціальна спрямованість

узгодження потреб окремих пацієнтів з потребами всієї групи, що обслуговується та ресурсами, що наявні.

#### 6. Цілісне уявлення про захворювання

вміння застосовувати біо-психо-соціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та ряду держав. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів.

Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

Вивчення досвіду різних країн щодо організації ПМСД на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

Як зазначалося вище, надання ПМСД у центрах здоров'я характерне для Скандинавських країн. У Фінляндії нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачено забезпечення центрів автотранспортом.

З огляду на досвід США, сімейний лікар — це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими,

Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути порадином, захисником пацієнта.

Лікар має консультиувати їх з приводу захворювань і методів лікування, направляти до спеціалістів, забезпечувати безперервну допомогу при хронічних станах. Це дуже важливо особливо в плані контролю за вартістю лікування, за використанням та раціональним розміщенням ресурсів.

Питома вага відвідувань з приводу загального огляду, антенатального спостереження за дитиною становить 3-5 %, спостереження після операції - до 5 %, на відвідування з приводу хірургічних втручань і консультацій щодо харчування припадає по 6-7 %, 4,2 % пов'язані з отриманням фізіотерапевтичних процедур.

Серед діагнозів значне місце посідають артеріальні гіпертензії, гострі респіраторні інфекції, отити.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997 р.).

Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85 %).

Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів.

Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. В розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

Кожний лікар у підпорядкуванні має кількох працівників:

- медичні сестри;
- секретарка;
- оператор ПЕОМ;
- адміністратор;
- бухгалтер.

Їх наймають до бригади ПМСД з огляду на доцільність і в межах фінансових можливостей.

На сучасний період більшість лікарів загальної практики (сімейних) працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика. В груповій практиці

задіяні, крім сімейних лікарів, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог, а також середній медперсонал - медичні сестри процедурного та перев'язувального кабінетів, молодша медична сестра.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 % до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга.

Працюючи в поліклініці, вони використовують її лікувально-діагностичну базу.

В самостійних лікарських амбулаторіях, віддалених від поліклініки, обсяг досліджень зменшується.

Чисельність населення на одного лікаря коливається в межах 1600-2500 чоловік. Протягом року на консультацію до інших спеціалістів направляють до 20 % пацієнтів, на обстеження в інші заклади — 14 %.

Пропонується планувати не менше 4-х відвідувань за рік на 1 жителя, можливий рівень госпіталізації дорівнює 15 %.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів 3 часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Первинну медико-санітарну допомогу в сучасних умовах забезпечують дільничні терапевти та педіатри, проте її обсяг далекий від бажаного в зв'язку з залученням лікарів інших спеціальностей.

Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Внаслідок цього питома вага спеціалістів загальнотерапевтичного профілю незначна - серед усіх лікарів, що обслуговують міське та сільське населення, вона становить відповідно майже 12 % і приблизно 20 %.

В багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40-55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до "вузьких" спеціалістів.

В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їх рівень підготовки з інших профілів медичної допомоги явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою "Сімейна медицина" передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації.

Перший етап, підготовчий, що розпочався у 90-х роках, включає розробку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загально-лікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. В сучасних умовах вони, як правило, працюють в різних ЛПЗ, принаймні в містах. Тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їх дій. Щодо акушерів-гінекологів, то їх участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

В подальшому дільничні терапевти та педіатри переберуть на себе надання допомоги при захворюваннях нетерапевтичного профілю. Широко будуть використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватись сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дозволило співробітникам Українського інституту громадського здоров'я

запропонувати три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

- групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);
- лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1 року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина".

Він може працювати індивідуально чи з іншими лікарями (групова практика) в:

- державному закладі (поліклініці, міській або сільській лікарській амбулаторії, медико-санітарній частині),
- недержавному медичному закладі (малому, акціонерному, колективному підприємстві, кооперативі),
- приватній лікарській амбулаторії.

З огляду на економічну рентабельність індивідуальна практика доцільна в населених пунктах із малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиданості територіальних дільниць, зумовлених відповідною системою забудови тощо.

Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах:

- об'єднання кількох сімейних лікарів;
- об'єднання сімейних лікарів з іншими спеціалістами (акушерами-гінекологами, педіатрами, стоматологами).

Її переваги полягають у забезпеченні кращих для діагностики та лікування можливостей, у взаємозаміні лікарів (при виникненні такої потреби) та проведенні консультацій, повноцінному використанні матеріально-технічної бази (для придбання чи оренди приміщення,

медичного та іншого обладнання), в можливості залучення для її забезпечення не тільки середнього медичного персоналу, але й соціальних працівників, юриста, економіста.

Осередки групової практики можуть розміщуватись на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Використання бази лікувально-профілактичних закладів сімейними лікарями здійснюється на основі контракту, в якому вказані обсяг діагностичних досліджень і види допоміжних методів лікування, що надаються пацієнтам у конкретному ЛПЗ.

Самостійно працюючі сімейні лікарі можуть направляти хворих у діагностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи ЛПЗ на зазначених в контракті умовах.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах - від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше.

На думку російських вчених, чисельність пацієнтів не повинна перевищувати 1300-1500, інші вважають, що вона може бути більшою (Лучкевич В.С., 1997 р.). **В Україні - 2000.**

Чисельність населення визначається умовами забезпечення медичної доцільності та економічної рентабельності і тому не повинна бути меншою ніж 1500 чоловік. Якщо чисельність перевищуватиме 3000 чол., лікар не зможе надавати потрібні медико-соціальні послуги в належному обсязі та відповідної якості.

Радіус обслуговування населення визначається конкретними умовами розселення пацієнтів, щільністю проживання, типом забудови, станом шляхів тощо.

Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь в наданні невідкладної допомоги вночі оговорені у відповідному контракті з урахуванням діючих нормативних документів.

Становлення сімейної медицини потребує вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань з врахуванням психологічного фактору - готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

Вільний вибір лікаря може бути реалізований на таких умовах:

- можливості того чи іншого лікаря забезпечити медичну допомогу оптимальній кількості пацієнтів;
- відстань від місця проживання до місця роботи сімейного лікаря;
- можливість або зручність одержання медичної допомоги лікарів окремих спеціальностей.

Розв'язання цього питання, як і інших проблем у стосунках "лікар-пацієнт-ЛПЗ-місцева адміністрація" потребує насамперед визначення адміністративно-правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги тощо.

Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні з завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох випадках мова йде про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є й відмінності, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, при потребі звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому чи екстреному порядку.

#### Практичні дії лікаря стосуються:

- діагностики; невідкладної допомоги;
- термінової госпіталізації;
- консультацій з іншими лікарями;
- самостійного лікування та лікування за порадами консультантів;
- планової госпіталізації.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням.

#### Сімейний лікар забезпечує:

- здійснення амбулаторного прийому та домашніх відвідувань;
- проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками;
- надання при потребі екстреної та невідкладної медичної допомоги;
- організацію денних і домашніх стаціонарів;
- допомогу у вирішенні медико-соціальних проблем родини;
- проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання;

- інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Сімейний лікар гарантує населенню:

- ранню діагностику;
- своєчасне амбулаторне та домашнє лікування в повному об'ємі;
- своєчасне направлення до фахівця;
- організацію госпіталізації планових і ургентних хворих.

Сімейному лікареві за угодою можуть бути виділені ліжка в стаціонарі для лікування підопічних хворих.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар:

- володіння методикою постановки попереднього діагнозу;
- визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх;
- обґрунтування та визначення клінічного діагнозу;
- визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування);
- надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо);
- виконання найбільш поширених маніпуляцій;
- складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їх здійсненні;
- вирішення питань експертизи непрацездатності
- проведення профілактичної роботи з населенням.

Взаємостосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, в тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами.

Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями в деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, але й помічники лікаря. Рівень підготовки останніх дозволяє виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. Вона бере активну участь в проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи, проводить допологовий та післяпологовий патронаж вагітних жінок і породіль, забезпечує взяття матеріалу для лабораторних досліджень, надає при потребі екстрену медичну допомогу, допомагає лікареві при оперативних втручаннях, здійснює контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій.

Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може

бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту.

Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:

- самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному органу охорони здоров'я;
- підрозділ комунального поліклінічного закладу;
- підрозділ недержавного медичного закладу;
- приватний медичний заклад (у ньому можуть працювати кілька лікарів).

**Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів. Головні із них:**

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

*Довготривалість допомоги* - це набагато більше, ніж медичне обслуговування одного і того ж пацієнта протягом тривалого часу. Поняття довготривалості включає, з одного боку, взаємовідносини між системою сім'я - лікар - медсестра і, з іншого боку, взаємовідносини з іншими спеціалістами, працюючими у сфері охорони здоров'я, до яких приходиться звертатися сімейному лікарю за допомогою і порадою. Спеціаліст із сімейної медицини проводить пацієнта через всі складності медичного "сервісу". Сімейний лікар та сімейна медсестра відіграють роль захисників інтересів пацієнта, інтеграторів медичного "сервісу" незалежно від місця, де здійснюється цей процес - в медичному закладі, дома, чи на роботі. Довготривалість обслуговування забезпечується як самим лікарем, так і його колегами - вузькими спеціалістами. В оптимальному варіанті взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом можуть бути завершеними у тому випадку, коли учасники цього процесу побажають їх перервати.

*Профілактична спрямованість* - важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань,

доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів - найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами і членами їх сімей. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їх життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обґрунтовану тактику, по відношенню до необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та рекомендувати необхідність *застосування спеціалізованих технологій лікування*.

*Інтеграція нових знань і вмінь* у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їх здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні.

При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагомої ролі у заходах по сучасному реформуванню системи охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї, підтриманих заходами щодо економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі, перебудова системи ПМСД на нових, визнаних у всьому світі засадах, дасть очікувані позитивні результати.

Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в економічно більш раціональне, а держава виграє від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, але і є єдиною запорукою підвищення не тільки якості надання медичної допомоги населенню, але і підвищення авторитету і соціального статусу лікаря, який прийме рішення присвятити свою професійну діяльність саме цьому розділу охорони здоров'я.

Сімейна медицина - це медицина майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я.

#### **Підведення підсумків**

#### **Список рекомендованої літератури:**

##### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. -

- Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
  3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-BasedMedicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №10

**ТЕМА:** Екстрена та невідкладна медична допомога населенню. Надзвичайні ситуації в охороні здоров'я – 2 год.

**Мета:** Знайомство з особливостями надання швидкої допомоги міському та сільському населенню на первинному, вторинному та третинному рівнях, роллю служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, принципами організації невідкладної медичної допомоги населенню та участь медичних закладів в її наданні.

### Основні поняття:

**Екстрена медична допомога** - це медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

**ПМСД** - це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

**Парамедики** – це персонал, який має забезпечити комплексні послуги пацієнтові – від оцінки його стану до надання необхідного лікування.

### Актуальність теми.

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Забезпечення населення безоплатною, своєчасною та ефективною медичною допомогою, у т.ч. при станах, що загрожують життю людини, є одним з найважливіших завдань системи охорони здоров'я будь-якої сучасної держави.

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

1. Визначення поняття «екстрена медична допомога».
2. Організація служби швидкої допомоги у містах.
3. Структура станції швидкої допомоги. Місце окремих підрозділів в її роботі.
4. Завдання станції (відділення) швидкої медичної допомоги (ШМД) та її функції.
5. Облікові документи станцій ШМД, визначення та аналіз показників їх діяльності
6. Лікарня швидкої медичної допомоги. Структура, завдання та основні

функції.

7. Організація ШМД у сільській місцевості.

8. Роль служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

9. Взаємодія служби ШМД з різними медичними закладами

### III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Оволодіти навичками вести облікову та звітну документацію служб швидкої та невідкладної медичної допомоги.

#### **Зміст теми:**

Реформа екстреної медицини розрахована на 5 років з 2019 року. Реалізацію реформи системи екстреної медичної допомоги передбачається здійснювати протягом 2019 - 2023 років двома етапами.

#### **На першому етапі (2019 - 2020 роки) передбачається:**

- створити на законодавчому рівні умови для надання першої допомоги та захисту особи, яка її надає;
- провести пілотний проект щодо забезпечення розвитку системи екстреної медичної допомоги, поступово поширити зазначений пілотний проект на всі регіони України;
- запровадити підготовку екстрених медичних техніків;
- запровадити перепідготовку фельдшерів та сестер медичних до отримання кваліфікації "Парамедик";
- запровадити нову модель підвищення кваліфікації лікарів з медицини невідкладних станів;
- запровадити підготовку екстрених медичних реагувальників, розпочати створення їх реєстру і реалізувати технічну можливість автоматично сповіщати їх про випадки невідкладних станів;
- запровадити нову модель контролю якості знань (компетентностей) фахівців екстреної медичної допомоги;
- затвердити порядок реагування диспетчерів оперативно-диспетчерських служб на виклики екстреної медичної допомоги від громадян, чий стан здоров'я не потребує надання екстреної медичної допомоги (натомість потребує надання первинної медичної допомоги, психологічної, психіатричної чи соціальної допомоги, консультування по телефону тощо);
- запровадити використання порядку реагування диспетчерів оперативно-диспетчерських служб для категоризації звернень громадян, розробити алгоритми диспетчеризації бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до пріоритетів викликів екстреної медичної допомоги;

- розробити сучасний, гнучкий, уніфікований та автоматизований механізм комунікації обласних диспетчерських служб, збору та аналізу статистичних даних, моніторингу та управління якістю на центральному рівні;
- розпочати програму створення та модернізації диспетчерських центрів, телекомунікаційних та інформаційних систем диспетчерських служб, залучивши до моніторингу виконання відповідних програм міжнародні організації, зовнішніх аудиторів, зокрема неурядові організації;
- запровадити нові професії системи екстреної медичної допомоги, зокрема диспетчера та оператора оперативно-диспетчерської служби;
- здійснити заходи щодо автономізації центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- розробити та запровадити методологію організації надання екстреної медичної допомоги та проведення медичного сортування постраждалих на догоспітальному етапі внаслідок масового випадку (включно з алгоритмом взаємодії екстрених рятувальних служб);
- створити умови для вдосконалення міжвідомчої взаємодії між МВС, ДСНС, МОЗ під час проходження медичної підготовки їх співробітників.

**На другому етапі (2021 - 2023 роки) передбачається:**

- поступово поширити пілотний проект розвитку системи екстреної медичної допомоги на всі регіони України з урахуванням результатів першого етапу реалізації реформи системи екстреної медичної допомоги;
- розпочати функціонування системи негайного сповіщення екстрених медичних реагувальників про випадки невідкладних станів за допомогою засобів мобільного зв'язку;
- запровадити спільні алгоритми дій екстреної медичної допомоги, пожежно-рятувальної служби і поліції під час реагування на випадки невідкладних станів;
- створити на законодавчому рівні основу для захисту надавачів першої допомоги, що не мають медичної освіти, від судових переслідувань із сторони постраждалого або його законних представників під час добровільного надання допомоги цій особі, якщо їх зусилля виявилися неефективними;
- внести зміни до освітніх програм 10 і 11 класів закладів загальної середньої освіти з включенням у них навичок надання першої допомоги та забезпечити їх обов'язкове викладання;
- забезпечити постійне функціонування механізму підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації достатньої кількості

фахівців відповідних професійних кваліфікацій згідно з цією Концепцією, у тому числі за державним замовленням;

- створити умови для використання інфраструктури центрів безпеки громадян для розміщення центрів і станцій екстреної медичної допомоги;
- створити умови для розвитку системи аеромедичної евакуації, зокрема облаштування обласних лікарень вертолітними майданчиками.

Для реалізації цієї Концепції передбачається розробити план заходів на період до 2023 року.

Швидку медичну допомогу тепер розділять на екстрену (необхідна термінова госпіталізація) та невідкладну (у людини загострення хронічної хвороби, висока температура та тиск).

Бригаду екстреної допомоги потрібно викликати, якщо наявні:

- серйозні травми (поранення, переломи, опіки, важкі забої, травми голови);
- раптовий больовий синдром, судоми;
- головний біль, що супроводжується запамороченням і нудотою;
- гострий біль у черевній порожнині та поперековому відділі;
- зовнішня кровотеча, блювання кров'ю;
- втрата свідомості;
- раптовий розлад дихання;
- порушення мови, слабкість у кінцівках;
- гіпо- та гіперглікемічна кома;
- гіпертермічний синдром;
- ознаки гострого отруєння;
- анафілактичний шок (у тому числі викликаний укусами змій і тварин);
- тепловий удар або переохолодження;
- асфіксія всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, задуха);
- гострі психічні розлади (поведінка, небезпечна для життя хворого й довколишніх);
- передчасні пологи, викидень, кровотеча.

Бригада невідкладної допомоги приїжджає, коли загрози для життя немає, але є для здоров'я. Отже, викликати цю бригаду є можливість, якщо наявні:

- головний біль на тлі мігрені, підвищення температури, зміни тиску;
- біль в огрудді, пов'язаний із рухом і диханням;
- больовий синдром у суглобах, хребті (невралгія, радикуліт, після зазваної травми, операції, у онкохворих);
- біль у животі, на тлі встановленого діагнозу «хронічний гастрит», виразка дванадцятипалої кишки;
- біль у вухах, горлі, м'язах при підвищенні температури.

Бригада невідкладної допомоги може приїжджати через 2–3 години, а екстрена – через 10–20 хвилин після виклику.

Викликати медичну допомогу можна безкоштовно та цілодобово через єдиний номер 103, незалежно від місця реєстрації та проживання. Дзвінки приймають диспетчери Центру екстреної допомоги та медицини катастроф – саме вони визначають, якої допомоги потребує пацієнт. За планами МОЗ, диспетчери повинні швидко ухвалювати рішення, а також консультувати присутніх біля хворого чи потерпілого про надання першої допомоги до прибуття бригади екстреної допомоги. Саме тому представники цієї служби проходять перенавчання.

Парамедики – це персонал, який має забезпечити комплексні послуги пацієнтові – від оцінки його стану до надання необхідного лікування. Тому спеціально було розроблено чотиримодульну програму перепідготовки фельдшерів та лікарів швидкої, відповідно до міжнародних стандартів. Навчання парамедиків триватиме 3 роки та прирівнюватиметься до рівня бакалавра.

Крім того, водії швидкої також мають бути повноцінним членом команди – екстреним медичним техніком. Ця підготовка триватиме мінімум 3 тижні та включатиме теоретичну і практичну частину.

Ті медики та робітники «швидкої», які пройдуть перекваліфікацію, отримають ринкові зарплати та доступ до якісно обладнаних автомобілів екстреної допомоги.

### **ОБСЯГ ПОСЛУГИ (специфікація) ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Забезпечення цілодобового прийому звернень за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги та при особистому зверненні громадян України, а також іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають на території України, та осіб, яких визнано біженцями, або осіб, які потребують додаткового захисту.

1. Формування, обробка та передача інформації бригадам ЕМД про звернення громадян України та інших осіб за медичною допомогою для надання їм екстреної медичної допомоги.
2. Зберігання та аналіз інформації щодо надання екстреної медичної допомоги.

3. Забезпечення цілодобової інформаційної підтримки та координації дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з надання екстреної медичної допомоги населенню за принципом екстериторіальності в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці вищого рівня.
4. Оцінка стану здоров'я пацієнта (дорослого та дитини) та встановлення попереднього діагнозу із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до стандартів надання екстреної медичної допомоги на місці події, під час транспортування та при особистому зверненні пацієнтів до підрозділу екстреної (швидкої) медичної допомоги.
5. Надання медичної допомоги на місці події, під час транспортування та при особистому зверненні пацієнтів до підрозділу екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до стандартів надання екстреної медичної допомоги пацієнтам, які перебувають у загрозливих для життя станах, зокрема при:
  - знепритомленні;
  - судомах;
  - раптових розладах дихання;
  - раптовому болю у ділянці серця;
  - блювоті кров'ю;
  - гострому болю у черевній порожнині;
  - зовнішній кровотечі;
  - ознаках гострих інфекційних захворювань;
  - гострих психічних розладах, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб;
  - усіх видах травм (пораненнях, переломах, вивихах, опіках, важких забоях, травмах голови);
  - ураженні електричним струмом, блискавкою, теплових ударах, переохолодженні, асфіксії всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи);
  - ушкодженнях різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо);
  - отруєннях, укусах тварин, змій, павуків та комах тощо;
  - порушеннях нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо).
6. Надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях природного і техногенного характеру та ліквідації їх наслідків.
7. Організація медичного сортування постраждалих, залучення додаткових бригад до надання екстреної медичної допомоги постраждалим у разі виникнення надзвичайної ситуації з великою кількістю постраждалих.
8. Надання екстреної медичної допомоги при нещасних випадках, у тому числі зумовлених дією диму, вогню та полум'я, електричного струму,

- блискавки, пов'язаних із транспортними засобами, наслідках злочинного нападу тощо.
9. Транспортування пацієнтів, які потребують госпіталізації та спостереження, з місця події до ЗОЗ.
  10. Забезпечення транспортування пацієнтів у відповідь на звернення медичних працівників щодо транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного супроводження та термінової госпіталізації до стаціонарних ЗОЗ.
  11. Цілодобове консультування бригад екстреної медичної допомоги за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, у тому числі із використанням засобів телемедицини.
  12. Цілодобове консультування пацієнтів лікарем ЕМД по телефону.
  13. Взаємодія із іншими надавачами медичних послуг для своєчасного надання ними допомоги пацієнтам, які не перебувають у невідкладному стані.
  14. Взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.
  15. Взаємодія із суб'єктами громадського здоров'я.

*Вимоги до організації надання допомоги:*

1. Заповнення облікової документації, ведення статистичного обліку і звітності в електронному вигляді, а також її зберігання.
2. Забезпечення функціонування тільки однієї активної центральної оперативної диспетчерської (ЦОД) в структурі диспетчерської Центру екстреної медичної допомоги (ЦЕМД), в рамках якої приймаються усі виклики з однієї адміністративно-територіальної одиниці вищого рівня. Бригади екстреної медичної допомоги працюють за принципом екстериторіальності.
3. Організація підключення ОДС до ІАС "Централь 103", передача всієї оперативної інформації в режимі онлайн та надання інформації про наявні ресурси мережі ЕМД у визначені Регламентом функціонування ІАС "Централь" терміни.
4. Забезпечення автоматизованих робочих місць (АРМ) для персоналу ЦОД.
5. Організація роботи виїзних бригад відповідно до Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, затвердженого постановою КМУ № 1114 від 21.11.2012 р.
6. Наявність автомобілів швидкої медичної допомоги типу В і типу С відповідно до стандартів ДСТУ 7032:2009 у кількості необхідній для забезпечення надання екстреної медичної допомоги на території обслуговування.
7. Устаткування та обладнання автомобілів відповідно до стандартів ДСТУ 7032:2009 та наказу МОЗ України № 101 від 06.02.2014 р. "Про

затвердження Примірного табеля (переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги”.

Забезпечення бригад екстреної медичної допомоги виробами медичного призначення та лікарськими засобами відповідно до наказу МОЗ України “101” від 06.02.2014 р. “Про затвердження Примірного табеля (переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги”.

Основна облікова документація :

- карта виклику (ф. 109/0 – електронний варіант)
- карта виїзду бригади ШМД (ф 110/о);
- відривний талон до супровідного листа (ф 114/о) – заповнюється при госпіталізації хворого, доставленого бригадою ШМД. В подальшому ЛПЗ повертають талони, що дозволяє вивчати якість діагностики, виявляти дефекти при наданні медичної допомоги службами ШМД.
- Журнал реєстрації амбулаторних хворих (ф. 074/о);
- Щоденник роботи станції (відділення) ШМД (ф.115-1/о).

## **Підведення підсумків**

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф.Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я /За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal[www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-BasedMedicine[www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №11

**ТЕМА:** Організація акушерсько-гінекологічної допомоги та медичної допомоги дітям – 2 год.

**Мета:** Знайомство з засадами організації медичного забезпечення жінок і дітей, знати організацію та зміст роботи пологових будинків, дитячих лікарень.

### **Основні поняття:**

**Охорона здоров'я матері та дитини** – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращення демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.

**Акушерсько-гінекологічна допомога** - може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах – пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

### **Актуальність теми.**

Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращення демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.

Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини визначається її провідною роллю в збереженні та поліпшенні здоров'я жінки, зниження материнської та смертності немовлят, виховані здорового, гармонічно розвиненого покоління.

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

- У чому полягає медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини? Які заходи визначають ефективність охорони здоров'я матері та дитини?
- Які основні документи становлять законодавчу базу охорони здоров'я жінок і дітей в Україні?
- Які заходи щодо заохочення материнства, гарантій охорони здоров'я матері та дитини регламентовані Основами законодавства України про охорону здоров'я?
- Які національні програми щодо материнства та дитинства реалізуються в Україні, їх мета?
- В яких закладах надається акушерсько-гінекологічна допомога?
- В яких закладах надається лікувально-профілактична допомога дітям?

### III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Навичитись заповнювати основні облікові документи пологових будинків, дитячих лікарень.

#### **Зміст теми:**

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

1 етап – медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства.

2 етап - комплекс заходів щодо антенальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних.

3 етап – інтранатальна охорона плода – забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багато профільних лікарень або в дільничних лікарнях.

4 етап – лікувальна допомога новонародженим і відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень.

5 етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

6 етап – охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Основними закладами амбулаторного типу являється жіноча консультація, гінекологічні кабінети, консультативно-діагностичні поліклініки НДІ акушерства та гінекології, охорони материнства та дитинства. В сільській місцевості цей вид допомоги надається гінекологічними кабінетами або жіночими консультаціями районних, центральних районних і обласних лікарнях.

*Акушерсько-гінекологічна* допомога може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах – пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги займає *пологовий будинок*.

До складу пологового будинку можуть входити стаціонар і жіноча консультація; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку відносяться:

- головний лікар,
- заступник головного лікаря з медичної частини,

- завідувач жіночої консультації,
- головна медична сестра.

*Головний лікар* відповідає за лікувально-профілактичну, адміністративно-господарчу, фінансову діяльність. Він зобов'язаний організувати та підтримувати в постійній готовності пологовий будинок для надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги, проведення лікарської експертизи непрацездатності, експертної оцінки випадків материнської та перинатальної смертності.

*Завідувач ЖК* відповідає за лікувально-діагностичну та профілактичну діяльність, здійснює керівництво медичним персоналом, контролює якість лікувально-профілактичної роботи, ведення облікової документації, дбає про вдосконалення диспансерного методу обслуговування вагітних і гінекологічних хворих.

*Заступник головного лікаря з медичної частини* безпосередньо керує лікувально-профілактичною та санітарно-протиепідемічною роботою, відповідає за раціональне використання ліжкового фонду, за проведення експертизи тимчасової непрацездатності.

*Головна медична сестра* безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступнику з медичної частини. Вона здійснює контроль за роботою середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів, догляду та обслуговування жінок і новонароджених, дотримання санітарно-гігієнічних правил, а також забезпечує своєчасність виписки, правильність обліку, збереження та використання медикаментів і перев'язувального матеріалу.

### **Основні завдання жіночої консультації:**

Проведення заходів щодо профілактики ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та гінекологічних захворювань

Надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Впровадження в практику сучасних методів діагностики та лікування вагітних, гінекологічних хворих і осіб групи ризику

Проведення роботи з питань контрацепції та профілактики абортів

Профілактика та лікування безпліддя

Надання соціально-правової допомоги

## Структура стаціонару пологового будинку:

### СТАЦІОНАР ПОЛОГОВОГО

Приймально-  
пропускний блок

Фізіологічне  
акушерське відділення

Обсерваційне  
відділення

Для вагітних і породіль	Для гінеко- логічних хворих
-------------------------------	--------------------------------------

Відділення  
патології вагітних

Інші підрозділи

Пологовий блок

Післяпологове  
відділення

Відділення  
(палати) для  
новонароджених

Палати патології  
вагітних

Пологовий  
блок

Післяпологові  
палати

Палати для  
ново-  
народжених

Гінекологічні відділення

Для консервативного лікування

Для оперативного лікування

Для штучного переривання вагітності

## **Підведення підсумків**

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В. Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-BasedMedicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №12

**ТЕМА:** Організація медичної допомоги людям літнього віку. Паліативна та хоспісна допомога – 2 год.

**Мета:** Знайомство з засадами організації медичного забезпечення людей літнього віку, знати організацію та зміст роботи хоспісів.

### Основні поняття:

**Паліативна допомога** – це допомога, спрямована на поліпшення якості життя пацієнтів, що мають хронічні невиліковні захворювання без позитивної динаміки, неухильне прогресування яких веде до смерті пацієнта.

**Хоспісний догляд** - це всебічний догляд за пацієнтами, що страждають невиліковними, що не піддаються терапії, спрямованої на лікування причин, і прогресуючими захворюваннями.

### Актуальність теми.

Паліативна медицина орієнтована на контроль симптомів, а не на лікування пацієнта. Крім полегшення фізичних страждань, необхідні психосоціальна й духовна підтримка, а також надання допомоги близьким вмираючого при догляді за ним й у горі втрати. Паліативна допомога займається цілим рядом аспектів життя невилікового хворого - медичних, психологічних, соціальних, культурних і духовних.

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

- У чому полягає сутність процедури, що застосовується при наданні паліативної допомоги.
- У чому полягає сутність додаткові процедур при наданні паліативної й хоспісної допомоги:
- У чому с полягає сутність хоспісних медичних, терапевтичних й опікунських послуг.
- Укажіть основні індикатори ваги стану хворого по шкалі Карновського.

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Навичитись заповнювати основні облікові документи.

### Зміст теми:

**Паліативна допомога** – це допомога, спрямована на поліпшення якості життя пацієнтів, що мають хронічні невиліковні захворювання без позитивної динаміки, неухильне прогресування яких веде до смерті пацієнта.

Найчастіше про паліативну допомогу говорять у контексті онкологічних захворювань, однак існує значний перелік захворювань, що не мають нічого загального з онкологією, при яких лікувальна терапія не має ефекту й при яких хворий рано або пізно виявляється однаково віч-на-віч із необхідністю усвідомлення невиліковності свого стану.

На цьому етапі дуже важливим стає наявність і доступність для хворого загальнодержавної служби паліативної допомоги, що, залежно від його стану, могла б забезпечити йому цілодобову підтримку й догляд вдома або в стаціонарі (хоспіс).

**Метою паліативної допомоги** є поліпшення якості життя хворих й їхніх родин, задоволення соціальних, релігійних і духовних потреб хворих, а також створення для них комфортних умов перед смертю.

### **Установи, що здійснюють догляд за хворим і надають медичну допомогу**

#### ***Догляд за невиліковно хворими пацієнтами***

Метою установ, що здійснюють догляд за хворими й надаючи медичну допомогу їм, є цілодобове забезпечення допомоги (догляду) і тривалого лікування важких хворих із хронічними захворюваннями, які пройшли лікування в стаціонарі, завершили курс обстеження й діагностики, яким було проведене оперативне й інтенсивне консервативне лікування, не потребуючої госпіталізації надалі, які, однак, за станом здоров'я й ступеня інвалідності (неможливість адекватного догляду за собою, необхідність постійного медичного контролю, догляду й реабілітації) повинні перебувати в лікувальній установі відповідного типу.

Продовження лікування містить у собі подальше проведення лікувальних процедур, забезпечення ентеральним і парентеральним харчуванням (призначення ентерального й парентерального харчування здійснюється згідно зі стандартами, виходячи зі стану здоров'я хворого).

Призначення ліків і виконання діагностичних досліджень вказівки щодо закінчення терапії у відділенні лікувальної установи виробляються в індивідуальному порядку лікарем лікувальної установи.

Режим роботи й плата за перебування хворого в лікувальних установах залежить від типу закладу. Лікувальні установи, що здійснюють догляд за хворими й надають медичну допомогу, можуть бути:

- громадськими
- приватними (рішення про прийняття пацієнта в таку лікувальну установу приймається директором установи разом з лікарями установи на основі шкали оцінки пацієнта, спрямованого в лікувальну установу й іншої документації)

#### ***Домашній догляд за пацієнтами, що перебувають на ШВЛ***

Догляд вдома для пацієнтів, що потребують апарату ШВЛ – це догляд за важкохворими пацієнтами з дихальною недостатністю, що вимагає використання інвазивних, що здійснюються за допомогою респіратору (по інтубаційній або трахеотомічній трубці) або неінвазивних (що здійснюються за допомогою різноманітних мундштуків, масок або шоломів), методик, безперервної або періодичної респіраторної терапії.

Цей вид медичної допомоги надається пацієнтам, що не вимагають госпіталізації у відділення інтенсивної терапії або цілодобового перебування

в лікувальних установах, однак вимагає постійного спеціалізованого лікарського спостереження, професійного догляду й реабілітації. На даний тип лікування потрібно інформована згода пацієнта. Якщо мова йде про дітей, то потрібна інформована згода батьків або опікунів дитини.

Догляд вдома для пацієнтів, що перебувають на апарату ШВЛ, може забезпечуватися, якщо це дозволяють домашні умови хворого, члени його родини (законні опікуни) навчені роботі з медичними апаратурами й принципам надання першої медичної допомоги, для того щоб бути впевненим у безпеці пацієнта під час проведення лікування.

### ***Правила проведення ШВЛ у домашніх умовах***

- оснащення пацієнтів необхідним медичним устаткуванням;  
- створення відчуття безпеки пацієнтові і його близьким шляхом надання необмеженого доступу до медичної допомоги 24 години на добу й 7 днів у тиждень.

Постійна або періодична респіраторна терапія вдома може забезпечуватися пацієнтам, які закінчили курс лікувальної терапії (що відображено у відповідних документах) і пройшли повне медичне обстеження (тобто проведені всі медичні обстеження, які підтверджують неможливість застосування іншої форми лікування).

### ***Важливо!***

Пацієнти, що перебувають на ШВЛ у домашніх умовах, не можуть одержувати одночасно й хоспісний догляд вдома, і паліативну допомогу.

Підставою для постановки пацієнта на ШВЛ на домашній догляд служить направлення лікаря, що веде пацієнта. Направлення повинне супроводжуватися:

- випискою з історії хвороби;
- даними медичних обстежень пацієнта;
- допуском до проведення ШВЛ вдома, виданим лікарем - анестезіологом-реаніматологом.

### ***Довгостроковий сестринський догляд вдома***

Довгостроковий догляд – це догляд за лежачими й важкохворими пацієнтами на дому. Пацієнтам, що вимагають такого догляду, не показані перебування й лікування в стаціонарі, але з урахуванням серйозних проблем зі здоров'ям, показаний систематичний й інтенсивний догляд, здійснюваний у домашніх умовах при тісному співробітництві з лікарем.

Ціль довгострокового догляду:

- забезпечення в домашніх умовах сестринського догляду за важкохворими;
- підготовка пацієнта і його родини до догляду за хворим і придбання хворим навичок догляду за самим собою.

У довгостроковому домашньому догляді бідують також пацієнти з важкими соматичними й психосоматичними захворюваннями, а саме - хворі, що страждають психічними захворюваннями, за винятком хворих психічними захворюваннями в стадії загострення, нездатних до самообслуговування, що мають від 0 до 40 пунктів по шкалі оцінки пацієнта.

На дітей у віці до 3-х років не поширюються умови оцінки по шкалі Бартела (шкала Бартела або індекс Бартела - шкала для одержання кількісних показників рівня життєдіяльності. Ця шкала найпоширеніша для оцінки здатності пацієнта до самообслуговування в повсякденному житті.

Вона досить проста, доступна й вимагає невеликих витрат часу. Індекс Бартела охоплює 10 пунктів, що ставляться до сфери самообслуговування й мобільності. Соціальні й інтелектуальні здатності в цій шкалі не враховуються.

Показаннями для проведення довгострокової опіки хворого вдома є:

- письмове направлення лікаря, завірене печаткою

- виписка з історії хвороби пацієнта з висновком про необхідність проведення довгострокового догляду вдома;

Медична сестра, що здійснює довгостроковий догляд, повинна співпрацювати й ділитися інформацією з лікарем і середнім медичним персоналом первинної ланки, що дістав інформовану згоду пацієнта на початок/припинення обстежень.

Вона також інформує їх про істотні зміни в стані здоров'я пацієнта, у тому числі про припинення необхідності одержання пацієнтом тривалого сестринського догляду.

### ***Важливо!***

- довгостроковий сестринський догляд не може бути зроблений пацієнтові, що одержує хоспісний догляд вдома, догляд інших установ, що надають його для певних груп пацієнтів, довгостроковий догляд вдома для пацієнтів (у т.ч. дітей) на ШВЛ, хворим у гострій фазі психічного захворювання.

### ***Паліативний/хоспісний догляд***

Хоспісний догляд - це всебічний догляд за пацієнтами, що страждають невиліковними, що не піддаються терапії, спрямованої на лікування причин, і прогресуючими захворюваннями. Хоспісний догляд має на меті профілактику й терапію болючого синдрому, а також інших соматичних симптомів.

Підставами прийняття пацієнта на паліативний догляд є

- письмове направлення лікаря;

- медичні показання, зокрема, той факт, що пацієнт страждає захворюванням, зазначеним у Додатку 2 до Порядку надання паліативної допомоги, затверджених Наказом МОЗ України від 21.01.2013 року №41 що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

### ***Домашній хоспіс (хоспісний догляд вдома)***

Переваги хоспісного й паліативного догляду в рамках домашнього хоспісу в наявності для пацієнтів, що страждають невиліковними, прогресуючими захворюваннями (новотвори, неврологічні ускладнення запальних процесів), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги. Відвідування домашнього хоспісу проводиться за домовленістю з пацієнтом й/або родиною (опікуном) пацієнта.

Протягом усього періоду догляду, під час кожного візиту пацієнт і його родичі (опікуни) одержують докладні письмові рекомендації з подальшого догляду за пацієнтом і його лікуванням й інформуються про інші можливі форми паліативного й хоспісного догляду й методах його надання. Вони одержують також номери телефонів персоналу, що обслуговує домашні хоспіси, що надає консультації по телефону щодня, 24 години на добу, 7 днів у тиждень, і якщо буде потреба, що відвідує хворого вдома.

### ***Домашній хоспіс (хоспісний догляд вдома) для дітей***

Домашній хоспіс для дітей – це хоспіс для дітей, що страждають невиліковними прогресуючими захворюваннями (новотвору, порушення обміну речовин, уроджені пороки розвитку дихальної системи), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

Підставами прийняття дітей у домашній хоспіс є:

- термінальна стадія невиліковної хвороби
- вік до 18 років;
- наявність хоча б одного повнолітнього опікуна, що у стані здійснювати цілодобовий догляд за дитиною.

Повнолітні особи можуть одержувати паліативний догляд вдома для дітей, якщо їхнє захворювання носить уроджений характер й обмежує життєві можливості, а також якщо захворювання було діагностовано у віці до 18 років або у випадку неможливості організувати належний домашній догляд з боку домашніх хоспісів для дорослих через рідке захворювання або місце проживання пацієнта.

### ***Хоспісне відділення в стаціонарі***

Хоспісне відділення в стаціонарі має своїм завданням забезпечення цілодобового догляду за пацієнтами, що страждають невиліковними прогресуючими захворюваннями (новотвору, порушення обміну речовин, уроджені пороки розвитку дихальної системи), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

### ***- Амбулаторна паліативна допомога***

Завданням амбулаторної паліативної допомоги є надання медичних консультацій з боку лікарів і середнього медичного персоналу, а також консультацій психолога пацієнтам із прогресуючими захворюваннями (в основному новотворами), і надання підтримки родині пацієнта.

Гарантовані послуги, що надаються амбулаторною паліативною медициною, містять у собі:

- - медичний огляд;
- - призначення препаратів, у тому числі знеболюючих препаратів;
- - призначення діагностичних процедур;
- - сестринський догляд;
- - напрямок у медичні установи, включаючи установи, що роблять паліативний догляд і хоспіси стаціонарні або домашні;
- - видача інформації про хід лікування й стан здоров'я пацієнта;
- - консультації пацієнта вдома;

Пацієнти, що вимагають частого (частіше, ніж 2 рази в день) огляду або безперервного медичного спостереження, можуть бути спрямовані в стаціонарний хоспіс.

**Таблиця 1. Загальний стан хворого по шкалі Карновського й шкалі ECOG-ВОЗ.**

(Шкала служить для оцінки якості життя й обліку динаміки в процесі лікування. В основному використовується шкала Карновського, що визначає загальний статус у відсотках — від 100% при повній (нормальній) активності до 0% (смертельний результат) із градаціями в 10% і система ECOG-ВОЗ у балах від 0 (нормальна активність) до 4 (хворий не в змозі обслуговувати себе, прикутий до постелі). Найбільш правильним підходом уважається включення в клінічні дослідження хворих з індексом активності по шкалі Карновського не нижче 70% і шкалі ECOG-ВОЗ — не більше двох балів.)

Шкала Карновського (активність %)		ECOG-ВОЗ	
Стан нормальне, скарг немає.	100	0	Нормальна активність.
Здатний до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання.	90	1	Є симптоми захворювання, але ближче до нормального стану.
Нормальна активність із зусиллям.	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатний до нормальної діяльності або активної роботи.	70	2	Більше 50% денного часу проводить у ліжку, але іноді має потребу у відпочинку лежачи
Потребує часом допомоги, але здатний сам задовольняти значну частину своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги й медичного обслуговування.	50	3	Має потребу в перебуванні в ліжку більше 50% денного часу.
Інвалід. Потребує спеціальної допомоги, у тому числі медичної.	40		

Важка інвалідність, показана госпіталізація, хоча смерть не очікується.	30	4	Не здатний обслуговувати себе. Прикутий до ліжка
Важкий хворий. Необхідна госпіталізація й активне лікування.	20		
Вмираючий.	10		

## Підведення підсумків

### Список рекомендованої літератури:

#### Основна

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### Додаткова

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В. Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### Електронні інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

10. Журнал Evidence-BasedMedicine[www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №13

**ТЕМА:** Організація медичної експертизи втрати працездатності. Тимчасова та стійка втрата працездатності, методика розрахунку показників – 2 год.

**Мета:** Формування розуміння, що експертиза тимчасової непрацездатності - важливий і відповідальний розділ діяльності лікаря, що має, окрім медичного, велике соціально-економічне значення.

### **Основні поняття:**

**Тимчасова непрацездатність** - це неможливість виконувати роботу в зв'язку з захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу.

**Стійка непрацездатність або інвалідність** – це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

### **Актуальність теми.**

Експертиза працездатності є важливою складовою частиною лікувально-профілактичної роботи лікаря. Своєчасне звільнення хворого від роботи часто стає вирішальним фактором, який сприяє видужанню, окрім того, якість експертизи працездатності має великий вплив на процес лікування. У багатьох випадках праця чинить сприятливу лікувальну дію, стимулює функції організму, з приводу чого має дуже важливе значення. Втрата працездатності, окрім медичного, має і велике соціально-економічне значення, оскільки витрати на оплату тимчасової непрацездатності складають велику частку у загальних витратах по державному соціальному страхуванню. Тому закономірно, що при експертизі тимчасової непрацездатності повинні враховуватись як соціально-гігієнічні, так і соціально-економічні аспекти даної проблеми.

В поняття “ експертиза непрацездатності ” входить встановлення правильного діагнозу, визначення функціонального стану організму, ступені втрати працездатності, своєчасне призначення правильного лікування, контроль за його ефективністю, а також з'ясування причин, які обумовлюють дане захворювання. Якщо дані причини залежать від умов праці на виробництві, задача експертизи-сприяти їх покращанню і усуненню факторів, які викликають захворювання. Для вірного вирішення цих питань необхідне всебічне дослідження здоров'я людини з урахуванням анатомо-фізіологічних і функціональних змін в організмі, перебігу захворювання, умов праці і побуту. Експертною основою для встановлення непрацездатності є поєднання медичних і соціальних показників.

Задачею експертизи непрацездатності в ЛПЗ є визначення факту і виду втрати працездатності працюючих осіб, рекомендація відповідних умов праці при працевлаштуванні осіб, які не мають групи інвалідності, але потребують за станом здоров'я особливих умов праці, виявлення стійкої втрати працездатності у працюючих, направлення їх на МСЕК.

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

- Види медичної експертизи. Мета, заклади, відповідальність за проведення кожного виду.
- Види та ступінь непрацездатності.
- Система державного соціального страхування в Україні. порядок і умови оплати по листках непрацездатності.
- Послідовність дій лікаря при експертизі тимчасової непрацездатності.
- Види тимчасової непрацездатності.
- Правила видачі листків непрацездатності при захворюваннях.
- Правила видачі листків непрацездатності при травмах і переведенні на іншу роботу.
- Правила видачі листків непрацездатності по догляду за хворою дитиною та дорослим членом сім'ї.
- Правила видачі листків при карантині та протезуванні
- Види та основні причини стійкої непрацездатності.

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Організація експертизи стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад, функції.
2. Документація та основні показники, що використовуються в роботі МСЕК

### **Зміст теми:**

*Види медичної експертизи:*

- медико-соціальна експертиза втрати працездатності;
- військово-лікарська;
- судово-медична та судово-психіатрична;
- патологоанатомічна.

Тема даного заняття передбачає розгляд тільки одного типу - медико-соціальної експертизи втрати працездатності.

Залежно від *ступеня* втрати працездатності її поділяють на *повну* та *часткову*.

При *повній* непрацездатності внаслідок захворювання людина не може виконувати жодної роботи та потребує спеціального лікувального режиму, при *частковій* - може виконувати ту ж саму чи іншу роботу не в повному обсязі чи в інших умовах.

*Проведення експертизи* працездатності *обумовлене* значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою непрацездатністю на здоров'я населення, економічними втратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.

Її проведення *обумовлене* наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яка передбачає соціальний захист громадян при

непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та ряді інших законів України.

Підлягають обов'язковому державному соціальному страхуванню всі робітники та службовці, що працюють за наймом на підставі трудового договору з адміністрацією організації, установи, підприємства.

*Тимчасова непрацездатність* - це неможливість виконувати роботу в зв'язку з захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу;

*Стійка непрацездатність* або *інвалідність* – це тривала чи постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання чи травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Основою для їх визначення є клінічний та трудовий прогноз, тобто передбачення перебігу хвороби та терміну можливого відновлення працездатності.

### **Експертиза тимчасової непрацездатності**

Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності. Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, обумовлених у відповідних пунктах.

*До видів* тимчасової непрацездатності відносяться:

- захворювання (травма);
- догляд за хворим членом родини;
- санаторно-курортне лікування;
- карантин;
- переведення на іншу роботу при туберкульозі та при професійному захворюванні;
- протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства;
- відпустка в зв'язку з вагітністю та пологами.

### **Листок непрацездатності видається:**

- Громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах.

- Особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій.

- Членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.

- Особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок).

- Громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і

не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають.

**Право видачі листків непрацездатності надається:**

- Лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я.
- Лікуючим лікарям стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України.
- Лікуючим лікарям туберкульозних санаторіїв.
- Фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих судах. Список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я.

**Не мають права видачі листків непрацездатності:**

- Лікарі: станцій (відділень) швидкої медичної допомоги; станцій переливання крові; закладів судово-медичної експертизи; бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік; будинків відпочинку; туристичних баз; зубопротезних поліклінік (відділень); санітарно-профілактичних закладів.
- Лікарі приватних закладів охорони здоров'я, приватні лікарі (фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності).
- Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного.

Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

Листок непрацездатності (або довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, а при наявності показань може бути продовжений в іншому.

Листок непрацездатності (або довідка) в амбулаторно-поліклінічних закладах видається лікуючим лікарем (або фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи. У разі вибору громадянином лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи, документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються при наявності заяви-клопотання громадянина, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, засвідченої його підписом та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи (під час відрядження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), листок непрацездатності (або довідка) видається за місцем їх тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

При стаціонарному лікуванні поза постійним місцем проживання у тому числі й з інших адміністративних районів міста, листок непрацездатності видається з дозволу головного лікаря, засвідчується його підписом і печаткою лікувально-профілактичного закладу на число днів, необхідних для лікування.

Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їх тимчасового перебування за межами держави, підлягають обміну на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

- а) гострих захворювань і травм;
- б) загостренні хронічних захворювань;
- в) вагітності та пологів;
- г) оперативних втручань при невідкладних станах;

д) лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон. Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами.

У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат" на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась. Якщо до моменту чергової виплати заробітної плати непрацездатність ще продовжується, громадянину на його бажання видається листок непрацездатності, з зазначенням у графі "Заключні висновки", що він продовжує хворіти, та подальшим оформленням продовження листка непрацездатності.

**Порядок видачі листків непрацездатності в разі захворювання та травми:**

- Листок непрацездатності у разі захворювання чи травми видається на весь період тимчасової непрацездатності, до її відновлення або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК).

- При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів. Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим

лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК. В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

- У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (або довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням у передбаченому порядку до 14 днів та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я.

- Фельдшер має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше 3 днів з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

- Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, в тому числі й побутової, видається в день установа непрацездатності, крім випадків лікування в стаціонарі.

- Особам, які звернулися за медичною допомогою та визнані непрацездатними по завершенні робочого дня, листок непрацездатності може видаватись, за їх згодою, з наступного календарного дня.

- Особам, направленим фельдшером здравпункті під час робочої зміни до лікувально-профілактичного закладу, листок непрацездатності видається з моменту звернення у здоровпункт у разі визнання їх тимчасово непрацездатними. Особам, не визнаним тимчасово непрацездатними, лікарем лікувально-профілактичного закладу видається довідка довільної форми з позначкою про час звернення до лікувально-профілактичного закладу, а у випадку, коли працівник звертався в здоровпункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоровпункт до закінчення робочої зміни.

- Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування в лікувально-профілактичні заклади за межі адміністративного району, листок непрацездатності видається за рішенням ЛКК на необхідну кількість днів з урахуванням проїзду.

- У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 календарних днів з обов'язковим обґрунтуванням у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї.

- У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України,

МОЗ України та Міністерства юстиції України від 24.02.95 N 114/38/15-36-18 "Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів" зареєстрованим Міністерством юстиції України 07.03.95 за N 55/591, **видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою** про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

- На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем - згідно з рішенням ЛКК.

- У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.

- ЛКК, а в разі її відсутності - лікуючий лікар з **дозволу головного лікаря**, може призначити непрацездатному внаслідок професійного захворювання згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 N 1662 "Про затвердження переліку професійних захворювань" або захворювання на туберкульоз, тимчасове переведення на іншу роботу з видачею листка непрацездатності терміном **до 2 місяців**, з дотриманням термінів продовження. Переведення рекомендується, якщо хворий непрацездатний за своїм основним місцем роботи може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. У разі потреби переведення на легшу роботу у зв'язку з іншими захворюваннями видається висновок ЛКК. Листок непрацездатності в цьому разі не видається.

- При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторіїв безпосередньо із стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторію на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та реабілітації з урахуванням проїзду, але не більше передбаченого терміну.

- Хворим на туберкульоз, психічні і венеричні захворювання листок непрацездатності видається лікарем відповідної спеціальності. Хворим на туберкульоз, направленим на лікування до туберкульозного санаторію, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу на кількість днів, потрібних для проїзду в санаторій, і продовжується лікуючим лікарем санаторію.

- Тимчасова непрацездатність **студентів вищих навчальних закладів та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою встановленої форми** (ф. N 095/0).

- Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження:

а). з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України;

б). за направленням слідчих органів, прокуратури і суду.

- Довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається:

а). у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їх професійної підготовки та перепідготовки;

б). особам, які проходять обстеження в лікувально-профілактичних закладах за направленням військових комісаріатів.

- Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, з обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації.

- Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.

**Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною.**

- Для догляду за хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.

- Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до 3 днів. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності - головного лікаря, але не більше 7 календарних днів.

- Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

- Якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України, видається довідка за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 138/0). Довідка про догляд за хворою дитиною видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії у разі загострення хронічного захворювання, з продовженням у передбаченому порядку. Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною видається в кожному конкретному випадку окремо.

- Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з

попереднім) захворювання у першої дитини, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.

- Якщо після виписки в дитячий дошкільний заклад або школу в дитини виникає ускладнення захворювання, за яким видавався листок непрацездатності та довідка і ЛКК визначає його як продовження першого захворювання, то про догляд за дитиною видається довідка.

- Після виписки дитини із стаціонару в гострому періоді захворювання листок непрацездатності видається або продовжується до одужання дитини, але в межах установленого терміну з урахуванням днів листка непрацездатності, що був виданий для догляду за дитиною до стаціонарного лікування.

- У разі стаціонарного лікування дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною. У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6 - 14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на період, коли, за висновком ЛКК, дитина потребує індивідуального догляду.

- У разі стаціонарного лікування дітей віком до 14 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД) та постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності видається на весь період перебування дитини в стаціонарі одному з працюючих батьків або особі, що його заміняє і здійснює догляд за дитиною.

- Якщо мати або інша працююча особа, яка доглядає за хворою дитиною, перебуває у цей час у щорічній (основній чи додатковій) відпустці у зв'язку з навчанням або творчій відпустці, у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, відпустці без збереження заробітної плати, то листок непрацездатності видається з дня, коли мати або інша працююча особа, яка здійснює догляд за хворою дитиною, повинна стати до роботи.

- Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 16 років, лікуючим лікарем до від'їзду в санаторій на весь термін лікування дитини в санаторії з урахуванням часу на проїзд туди і назад при наявності висновку ЛКК про необхідність індивідуального догляду за нею під час лікування у санаторії.

У разі порушення режиму особою, що здійснює догляд за дитиною-інвалідом до 16 років, лікуючий лікар санаторію робить відповідний запис у листку непрацездатності, який засвідчується підписом головного лікаря та печаткою санаторію.

- Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до трьох років, дитиною-інвалідом віком до 16 років, у випадку хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда

віком до 16 років) на період, коли вона за висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною. У цьому випадку листок непрацездатності видається лікарем-педіатром на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 16 років).

- У разі захворювання дитини поза постійним місцем проживання листок непрацездатності та довідка для догляду за нею видаються за місцем тимчасового перебування дитини територіальним лікувально-профілактичним закладом з дозволу головного лікаря, і мають бути засвідчені його підписом та печаткою цього лікувально-профілактичного закладу.

- **Листок непрацездатності не видається для догляду:**

а) за хронічним хворим у період ремісії;

б) хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової) відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;

в) за здоровою дитиною на період карантину;

г) за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

- Для догляду за хворим старше 14 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні, згідно з висновком ЛКК про необхідність індивідуального догляду, видається довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

**Порядок направлення на медико-соціальну експертну комісію:**

- Направлення хворого для огляду до МСЕК здійснюють ЛКК лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання або лікування при наявності стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим самим захворюванням за останні дванадцять місяців, а при захворюванні на туберкульоз - протягом десяти місяців з дня настання непрацездатності.

- На МСЕК направляються інваліди для переогляду в зв'язку із змінами в стані здоров'я, працюючі інваліди - для зміни трудової рекомендації чи внесення доповнень до індивідуальної програми реабілітації інваліда тощо.

- У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривається днем надходження документів хворого на МСЕК, дата встановлення інвалідності обов'язково вказується у листку непрацездатності.

- Особам, не визнаним інвалідами:

а). у разі визнання їх працездатними термін тимчасової непрацездатності закінчується датою огляду в МСЕК;

б). у разі визнання їх непрацездатними листок непрацездатності продовжується до відновлення працездатності або повторного направлення до МСЕК.

- При відмові хворого від направлення до МСЕК або несвоєчасному прибутті його на експертизу без поважної причини, факт відмови або нез'явлення засвідчується відповідною позначкою про це в листку непрацездатності та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого. Відмова від направлення до МСЕК і нез'явлення без поважної причини на огляд МСЕК не є підставою для виписки хворого на роботу.

### **Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині.**

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається **інфекціоністом або лікуючим лікарем** згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.

### **Порядок видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами**

- Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності водночас на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 - після).

- У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих у наслідок аварії на ЧАЕС.

- Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 - на період післяпологової відпустки).

- Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки у передбаченому порядку лікувально-профілактичним закладом, у якому відбулися пологи.

- У разі передчасних пологів до 30 тижнів вагітності якщо жінка виписується з живою дитиною, листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулися пологи, на 140 календарних днів, а у випадку смерті дитини при таких пологах – на 70 календарних днів.

- Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка встановленої форми.

- У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності на бажання жінки (в тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час операції чи в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

- У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

- Жінкам, яким проводиться терапія безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, листок непрацездатності видається лікувально-профілактичним закладом, в якому проводилась така терапія, від дня початку ультразвукового та гормонального контролю медикаментозної стимуляції овуляції до моменту підтвердження наявності вагітності ультразвуковим методом.

Питання про подальшу непрацездатність жінки вирішується за місцем спостереження за вагітною індивідуально залежно від перебігу вагітності.

- У разі тривалого лікування з приводу патологічного перебігу вагітності продовження листка непрацездатності здійснюється у порядку, передбаченому п. 4.1 цієї Інструкції.

- Особам, які всиновили дитину протягом двох місяців з дня її народження, лікарем жіночої консультації видається листок непрацездатності на термін з дня усиновлення і до закінчення післяпологової відпустки з дня народження дитини, зазначеного у свідоцтві про народження, на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиновлення.

- Під час перебування жінки у відпустці для догляду за дитиною листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається на загальних підставах.

**Порядок видачі листка непрацездатності на період санаторно-курортного лікування:**

- Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування, необхідність якого встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження, видається на термін лікування та проїзду до

санаторію і назад, але з урахуванням тривалості щорічної (основної та додаткової) відпустки.

- Листок непрацездатності видається до від'їзду в санаторій при наявності:

а) путівки;

б) довідки з місця роботи про тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки;

в) картки санаторно-курортного відбору.

Відповідальність за стан організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності, зберігання та облік документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, несе керівник закладу охорони здоров'я. За порушення порядку видачі та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, лікарі несуть відповідальність згідно з законодавством України.

Облік бланків листків непрацездатності ведеться за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 036/о).

У разі виявлення порушень правил видачі, зберігання, обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, незадовільного стану експертизи тимчасової непрацездатності лікувально-профілактичний заклад може бути позбавлений права видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, у встановленому порядку.

### ***Експертиза стійкої непрацездатності***

*Експертизу стійкої непрацездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які з 1992 р. підпорядковані МОЗ України. МСЕК організують з розрахунку на 100 тисяч дорослого населення за адміністративно-територіальним поділом і за профілем. Адміністративно-територіально МСЕК поділяються на обласні, центральні міські, міські, районні. До складу міської (районної) МСЕК входять три лікарі-експерти. За профілем МСЕК бувають загальні та спеціалізовані. 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. У разі незгоди громадянина з рішенням районної, міжрайонної, міської МСЕК він має право подати протягом місяця письмову заяву до обласної, центральної міської МСЕК або до МСЕК, у якій він проходив огляд, чи до відповідного управління охорони здоров'я.

### **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;
- нешасний випадок на виробництві (трудова 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 воєн 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 **A I 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 II 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, студентам 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, помірної важкості 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 самотійно пересуватися I ступеня - здатність до самотійного 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.

**Документація МСЕК:**

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

**Захворюваність працюючих із тимчасовою втратою**

**працездатності аналізується за такими основними показниками:**

<b>Показник випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих</b>	=	Абсолютне число випадків тимчасової непрацездатності · 100
		Середня чисельність працюючих
<b>Показник календарних днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих</b>	=	Абсолютне число календарних днів тимчасової непрацездатності · 100
		Середня чисельність працюючих
<b>Середня тривалість</b>		Число календарних днів тимчасової непрацездатності

<i>випадку тимчасової непрацездатності</i>	=	Число випадків тимчасової непрацездатності
<i>Показник структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності</i>	=	Число випадків (або календарних днів) непрацездатності з даного захворювання · 100
		Число випадків (днів) непрацездатності при всіх захворюваннях

## Підведення підсумків

### Список рекомендованої літератури:

#### Основна

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### Додаткова

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В. Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### Електронні інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

10. Журнал Evidence-BasedMedicine[www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №14

**ТЕМА:** Промоція стоматологічного здоров'я. Доказова профілактика стоматологічних захворювань – 2 год.

**Мета:** Формування засвоєння принципів розробки заходів задля покращання здоров'я населення та окремих його контингентів, засвоїти в чому полягає сутність, значення використання в медичній практиці різних методів промоції здоров'я, вміти аналізувати морально-етичні та правові аспекти втручання в охороні здоров'я.

**Основні поняття:**

**Промоція здоров'я** (укріплення здоров'я) – це процес, який дає змогу кожній людині і всій громаді посилити контроль за факторами, які визначають здоров'я, і таким чином поліпшити здоров'я. Це одна з визначальних концепцій сучасної охорони здоров'я, яка вказує на центральну роль самої людини в нагромадженні потенціалу для зміцнення здоров'я і довголіття шляхом відмови від шкідливих звичок і модифікації способу життя.

**Медико-санітарна грамотність** (медична грамотність) – це сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають намагання і можливості індивідуально знаходити, розуміти і використовувати інформацію з метою підтримки і зміцнення здоров'я.

**Гігієнічне виховання** - це один із напрямків підтримки здоров'я, що являє собою комплексну просвітницьку, навчальну та власне виховну діяльність, спрямовану на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.

**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.

**Спосіб життя** - це визначений, історично обумовлений тип, вид життєдіяльності в матеріальній і нематеріальній сферах. Виділяють 4 категорії способу життя: *рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя*.

**Здоровий спосіб життя** - це типові та істотні для конкретної суспільно-економічної формації види, типи та способи життєдіяльності людини, які підвищують адаптивні можливості її організму і сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій при активній достатній тривалості життя.

**Актуальність теми.**

Пропаганда здорового способу життя є невід'ємною частиною діяльності охорони здоров'я і обов'язковим розділом роботи всіх лікувально-профілактичних закладів і медичних працівників.

Підвищення санітарної культури, навчання кожного жителя наданню самопомоги і взаємодопомоги є одним з методів профілактики захворювань, травматизму і формування здорового способу життя у населення.

Знання способів та методів організації цієї роботи є необхідною умовою підготовки майбутнього лікаря. Гігієнічне виховання є одним з основних завдань навчальних медичних закладів – обов'язковою складовою загальноосвітньої та професійної підготовки медичних кадрів, оскільки гігієнічні знання є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікаря будь-якого фаху, адже медичні працівники зобов'язані пропагувати гігієнічні навички та вміння формувати у населення здоровий спосіб життя.

#### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

1. Методи та засоби медико-гігієнічного навчання та виховання населення, їх особливості в різних закладах охорони здоров'я.
2. Визначення понять «промоція здоров'я», «здоровий спосіб життя», «профілактика». Види профілактики.
3. Значення формування здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я населення. Провідні чинники способу життя, які впливають на стан здоров'я населення.
4. Напрями формування здорового способу життя. Розробка анкет для вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я населення. Складання плану лекцій.
5. Завдання та зміст роботи центрів громадського здоров'я, їх структурних підрозділів з профілактики та формування здорового способу життя, взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я.
6. Розвиток репродуктивної медицини.
7. Штучне запліднення, сурогатне материнство, донатія гамет: морально-етичні аспекти. Роль репродуктивної медицини у вирішенні проблеми низької народжуваності.
8. Морально-етичні та правові аспекти втручань (наприклад, трансплантації).

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

11. Розробляти анкети для вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я населення.

#### **Зміст теми:**

«**Промоція здоров'я**» (укріплення здоров'я) – це процес, який дає змогу кожній людині і всій громаді посилити контроль за факторами, які визначають здоров'я, і таким чином поліпшити здоров'я. Це одна з

визначальних концепцій сучасної охорони здоров'я, яка вказує на центральну роль самої людини в нагромадженні потенціалу для зміцнення здоров'я і довголіття шляхом відмови від шкідливих звичок і модифікації способу життя.

Матеріальними передумовами для зміцнення здоров'я є створення умов для правильного харчування (оздоровлення продуктів масового споживання), санітарний контроль за чистотою навколишнього середовища, заборона тютюнокуріння в громадських місцях, поліпшення психологічного клімату в сім'ї і на виробництві та інші способи обмеження факторів ризику.

**«Медико-санітарна грамотність»** (медична грамотність) – це сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають намагання і можливості індивідуально знаходити, розуміти і використовувати інформацію з метою підтримки і зміцнення здоров'я.

**«Гігієнічне виховання»** - це один із напрямків підтримки здоров'я, що являє собою комплексну просвітницьку, навчальну та власне виховну діяльність, спрямовану на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.

**«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. *Виділяють індивідуальну і громадську профілактику.*

*Залежно від стану здоров'я, наявності факторів ризику захворювання або вираженої патології в людини розглядають три види профілактики, а саме:*

1. Первинна профілактика – це система заходів попередження виникнення і впливу факторів ризику на розвиток захворювань (вакцинація, раціональний режим праці і відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, оздоровлення навколишнього середовища тощо). До первинної профілактики належать соціально-економічні заходи держави щодо оздоровлення способу життя, навколишнього середовища, виховання та ін.
2. Вторинна профілактика – це комплекс заходів щодо усунення виражених факторів ризику, які при відповідних умовах (зниження імунного статусу, перенапруження, адаптаційний зрив) можуть призвести до виникнення, загострення або рецидиву захворювання. Найбільш ефективним методом вторинної профілактики є

диспансеризація, як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічне спостереження, спрямоване лікування, раціональне послідовне оздоровлення.

3. Третинна профілактика – це комплекс заходів щодо реабілітації хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності. Третинна профілактика має на меті соціальну (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудову (можливість поновлення трудових навичок), психологічну (поновлення поведінкової активності особистості) і медичну (поновлення функцій органів і систем) реабілітацію.

«Спосіб життя» - це визначений, історично обумовлений тип, вид життєдіяльності в матеріальній і нематеріальній сферах. Виділяють 4 категорії способу життя: *рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя*.

«Здоровий спосіб життя» - це типові та істотні для конкретної суспільно-економічної формації види, типи та способи життєдіяльності людини, які підвищують адаптивні можливості її організму і сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій при активній достатній тривалості життя. Можливість адаптувати і підтримувати практичну діяльність звичок, які зміцнюють здоров'я людини, її сім'ї і суспільства. Поведінка людей, яка формується на основі науково обґрунтованих рекомендацій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.

Згідно з **Оттавською хартією (1986, ВООЗ) дії по зміцненню здоров'я** включають таке:

### ***1) Проведення державної політики, що враховує інтереси здоров'я***

Сприяння зміцненню здоров'я виходить за рамки надання медичної допомоги. Ця діяльність передбачає включення питань охорони здоров'я до порядку денного керівників у всіх секторах і на всіх рівнях, спонукаючи їх в процесі прийняття рішень віддавати собі звіт про їх можливі наслідки для здоров'я і приймати на себе відповідальність за здоров'я людей.

Політика зміцнення здоров'я передбачає виявлення перешкод для повноцінного врахування інтересів здоров'я в діяльності інших секторів, крім охорони здоров'я, а також шляхи їх подолання. Мета політики - створити такі умови, при яких керівникам, який визначає політику, було б легше, приймаючи рішення з урахуванням інтересів здоров'я.

### ***2) Створення сприятливого середовища***

Ми живемо в складних і взаємопов'язаних спільнотах. Зміцнення здоров'я не можна відокремлювати від інших соціальних цілей і завдань.

Соціоекологічний підходу до охорони здоров'я. основним керівним принципом для людства в цілому, країн, регіонів і місцевих громад є потреба в забезпеченні взаємної підтримки - взаємного прагнення піклуватися один про одного, про оточуючих спільнотах і загальної природному середовищу.

Великий вплив на здоров'я надає зміна способу життя, режиму роботи і відпочинку. Робота і відпочинок повинні бути джерелом здоров'я. Принципи організації трудової діяльності в суспільстві повинні сприяти його оздоровленню. Сприяння зміцненню здоров'я веде до створення безпечних і стимулюючих умов праці та життя, що приносять задоволення і радість.

### ***3) Підтримка дій на рівні місцевих громад***

Сприяння зміцненню здоров'я здійснюється за допомогою конкретних і ефективних заходів на місцевому рівні, в ході яких встановлюються пріоритети, приймаються рішення, розробляються і виконуються стратегічні комплекси заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я.

### ***4) Розвиток особистісних навичок***

Сприяння зміцненню здоров'я сприяє розвитку індивідуальних і громадських якостей особистості шляхом надання людям інформації, освіти їх в питаннях охорони здоров'я і вдосконалення їх життєвих навичок. Тим самим люди отримують додаткові можливості впливу на своє здоров'я і середовище проживання і поліпшення їх, роблячи вибір на користь зміцнення здоров'я.

### ***5) Переорієнтація послуг охорони здоров'я***

Відповідальність за процес зміцнення здоров'я в системі охорони здоров'я розподіляється між окремою особистістю, суспільними групами, медичними працівниками, службами охорони здоров'я і органами державного управління. Всі вони повинні об'єднати зусилля зі створення системи охорони громадського здоров'я, спрямованої на укріплення здоров'я.

### ***6) Рух вперед***

Здоров'я - це стан, що створюється і пережите людьми в їх повсякденному житті, - там, де вони вчаться, працюють і відпочивають. В основі його формування лежить турбота про себе і про оточуючих, можливості приймати рішення і керувати власними життєвими обставинами, а також впевненість в тому, що суспільство створює умови для досягнення міцного здоров'я для всіх його членів.

Джакартська декларація (1997, ВООЗ) про продовження діяльності з метою укріплення здоров'я виділяє Базових пріоритетів:

- Підвищення соціальної відповідальності за здоров'я;
- Підвищення інвестування в галузь охорони здоров'я;
- Розширення та підтримка контактів з метою підтримки здоров'я;
- Підвищення потенційних можливостей громад та індивідуумів;
- Забезпечення необхідною інфраструктурою для підтримки здоров'я.

У 1991 році ВООЗ було прийнято Будапештську декларацію стосовно лікарень, що сприяють укріпленню здоров'я та мають загальні цілі:

- Створення у лікарнях умов для здорового перебування медичних працівників та пацієнтів;
- Впровадження реабілітаційних програм;
- Заохочення взаємодії медичних працівників та персоналу;
- Розповсюдження інформації та рекомендацій щодо питань здоров'я.

#### ФОРМИ ТА ЗАСОБИ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ

ФОРМИ	ІНДИВІДУАЛЬНІ			ГРУПОВІ			МАСОВІ					
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Індивідуальна розмова</li> <li>▪ Індивідуальний інформаційний іструктаж</li> <li>• Індивідуальна консультація</li> <li>▪ Індивідуальні телефонні довідки, консультації, гаряча лінія</li> <li>▪ Особиста інформаційна кореспонденція</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Групова розмова</li> <li>▪ Груповий профілактичний прийом</li> <li>▪ Розмова "за круглим столом"</li> <li>▪ Агітаційно інформаційне повідомлення</li> <li>▪ Дискусія</li> <li>▪ Демонстрація відео засобів</li> <li>▪ Урок з питань здорового способу життя</li> <li>▪ Заняття (курсове, гурткове)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Лекція</li> <li>▪ Радіопередача</li> <li>▪ Телепередача</li> <li>▪ Періодичні друковані видання</li> <li>▪ Тематичний вечір, місячник</li> <li>▪ Дні здоров'я</li> <li>▪ Виставки</li> <li>▪ Демонстрація кіно та відеофільмів</li> </ul>						
ЗАСОБИ	УСНІ			ДРУКОВАНІ			ЗОБРАЖУВАЛЬНІ			УСНО-ЗОБРАЖУВАЛЬНІ		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Живе слово</li> <li>▪ Радіо</li> <li>▪ Телебачення</li> <li>▪ Звукозапис</li> <li>▪ Телефон</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Листівка</li> <li>• Буклет</li> <li>• Пам'ятка</li> <li>• Брошура</li> <li>• Книга</li> <li>• Журнал</li> <li>• Бюлетень</li> <li>• Періодична преса</li> <li>• Календар</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Плакат, малюнок</li> <li>▪ Фотолистівка</li> <li>▪ Діаграма, картограма</li> <li>▪ Слайд, слайд-серія</li> <li>▪ Прозірки</li> <li>▪ Діафільм</li> <li>▪ Теле-, відеофільм</li> <li>▪ Муляж, фантом</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Кіно</li> <li>▪ Телебачення</li> <li>▪ Відеофільм</li> <li>• Презентація</li> </ul>			

«Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - Центр) є науково-практичною установою медичного профілю Міністерства охорони здоров'я України, яка здійснює функції з забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду

та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями, стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

***Центр утворений з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає:***

1. Забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення.
2. Забезпечення проведення епідеміологічного нагляду та моніторингу захворювань та біологічної безпеки та біологічного захисту, проведення лабораторних досліджень у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення і вжиття спеціальних заходів на локалізацію та ліквідацію спалахів та епідемій, у тому числі пов'язаних з небезпечними, особливо небезпечними та новими інфекційними захворюваннями.
3. Здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності інфекційними та неінфекційними хворобами, боротьба з епідеміями.
4. Збір та аналіз стратегічної інформації для формування державної політики і стратегічного управління з питань громадського здоров'я, здійснення міжрегіональної координації щодо їх впровадження.
5. Здійснення організаційно-методичної роботи у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення контролю, моніторингу та профілактики захворювань.
6. Проведення наукових досліджень та виконання наукових розробок з питань громадського здоров'я, у тому числі епідеміологічного нагляду та моніторингу, біобезпеки, щодо впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я.
7. Надання спеціалізованої консультативної амбулаторно-поліклінічної допомоги.

***Предметом діяльності Центру є реалізація державної політики у сфері громадського здоров'я за наступними напрямками:***

1. Організаційно-методичний;
2. Аналітично-інформаційний;
3. Профілактично-просвітницький;
4. Лабораторно-діагностичний;
5. Науково-дослідний.
6. Консультативний.
7. Спеціалізована підготовка фахівців.

**Основними завданнями Центру з профілактики є:**

1. Реалізація комплексних заходів епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами і неінфекційними захворюваннями,

- виявлення ризиків для здоров'я населення, інформування суспільства та Уповноваженого органу управління.
2. Забезпечення готовності і своєчасного реагування на епідемії та спалахи інфекційних хвороб та інші надзвичайні події у сфері громадського здоров'я.
  3. Розробка та реалізація комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний вплив та економічні наслідки.
  4. Створення та забезпечення функціонування ефективної національної системи моніторингу та оцінки у сфері громадського здоров'я як частини міжнародної (європейської) системи оцінки та прогнозування ризиків щодо поширення інфекційних та неінфекційних захворювань, якості та тривалості життя населення.
  5. Розробка на основі доказових даних та впровадження ефективних технологій виявлення та визначення шляхів мінімізації впливу факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища.
  6. Розробка та впровадження стратегії формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я як базової цінності життя; пропагування безпечної поведінки з метою уникнення ризиків інфікування соціально-небезпечними хворобами.
  7. Забезпечення ефективного міжсекторального співробітництва як складової успішного функціонування системи громадського здоров'я в Україні.
  8. Розробка обґрунтованих пропозицій щодо політик і стратегій у сфері профілактики інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, проведення аналізу санітарно-епідемічної ситуації та підготовка пропозицій Міністерству охорони здоров'я України для прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, визначенні пріоритетних заходів щодо профілактики інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань (у т.ч. професійних та отруень).
  9. Розробка пропозицій щодо впровадження на основі кращих світових практик механізмів міжрегіональної координації та співпраці в частині реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я, у т.ч. санітарного та епідемічного благополуччя населення та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.
  10. Ведення державного обліку інфекційних і професійних захворювань та отруень.
  11. Розробка пропозицій щодо системи інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та моніторинг її впровадження.
  12. Підготовка пропозицій з питань, пов'язаних з профілактикою інфікування ВІЛ, туберкульозом та іншими соціально небезпечними хворобами, діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфікованих, хворих на

- СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні хвороби, для прийняття рішень Уповноваженим органом управління
13. Розробка та координація впровадження програм імунізації та нагляду за вакцинокеруваними хворобами (включаючи розробку національного календаря щеплень і організацію планової вакцинації та вакцинації за епідемічними показниками, дотримання умов транспортування, зберігання та застосування вакцин).
  14. Подання пропозицій щодо необхідності здійснення профілактичних щеплень, пріоритетних заходів профілактики захворювань, охорони здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища, а також інші заходи профілактики у разі загрози виникнення епідемій.
  15. Розробка стратегії та інформаційної політики щодо підготовки інформаційних матеріалів та навчальних програм стосовно зменшення випадків невинуватених та необґрунтованих переливань крові та безпечних процедур застосування крові та продуктів крові, у тому числі шляхом використання альтернативних методів лікування.
  16. Проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу.
  17. Проведення епідеміологічних досліджень довгострокового впливу шкідливих хімічних, фізичних і біологічних чинників на здоров'я людини та ідентифікація викликаних ними специфічних змін у стані здоров'я.
  18. Проведення моніторингу і оцінки соціальних і економічних факторів, що впливають на здоров'я населення (популяції), його структуру та характеристики.
  19. Здійснення моніторингу проведення санітарних і протиепідемічних заходів, виконання програм профілактики захворювань, охорони здоров'я населення.
  20. Ідентифікація соціальної несправедливості в галузі охорони здоров'я та розробка пропозицій щодо зменшення її тиску на уразливі верстви населення.
  21. Здійснення оцінки ризиків для здоров'я, викликаних факторами середовища життєдіяльності, праці та відпочинку, а також факторами, обумовленими способом життя - індивідуальним або спільноти, які впливають на стан здоров'я населення.
  22. Управління та здійснення діяльності з промоції здоров'я, виховання базових гігієнічних навичок та інформування населення. Розробка та/або участь у комунікаційних кампаніях з різних аспектів просування здоров'я, співробітництва і взаємодії із засобами масової інформації з просування заходів щодо виховання у населення базових гігієнічних навичок та формування здорового способу життя.

23. Розробка стратегії з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки тощо.

## **Підведення підсумків**

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
12. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
13. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В. Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-Based Medicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)

## Практичне заняття №15

**ТЕМА:** Заклади стоматологічної допомоги населенню. Аналіз діяльності лікаря-стоматолога та стоматологічної поліклініки – 2 год.

**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.

**Актуальність теми.**

Стоматологічна допомога відноситься до одного з самих масових видів медичної допомоги. У структурі загальної захворюваності-населення нашої країни хвороби порожнини рота і зубів займають третє місце. При цьому в 90-99 % випадків хворі обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних установах. У структурі захворювань, що вимагають госпіталізації (близько 1% хворих), провідне місце займають одонтогенні запальні захворювання і травми щелепно-лицьової області.

Амбулаторна стоматологічна допомога міському населенню виявляється в спеціалізованих лікувально-профілактичних установах і в стоматологічних кабінетах і відділеннях територіальних і відомчих медичних установ.

До них відносяться:

- 1) стоматологічні поліклініки (для дорослих і дитячі);
- 2) стоматологічні відділення (кабінети) у територіальних поліклініках, при медико-санітарних частинах і в здравпунктах підприємств;
- 3) стоматологічні кабінети в лікарнях, жіночих консультаціях, диспансерах, у школах і дошкільних установах, у вищих і середніх спеціальних навчальних закладах.

При організації роботи стоматологічних установ у містах необхідно сполучити відомі принципи централізації і децентралізації в наданні стоматологічної допомоги населенню. При централізованій формі прийом населення проводиться безпосередньо в стоматологічній чи

поліклініці в стоматологічному відділенні (кабінеті) територіальної поліклініки.

Децентралізована форма обслуговування передбачає створення постійно діючих стоматологічних кабінетів на підприємствах, у вищих і середніх навчальних закладах, школах і т.д. Перевага цієї форми полягає в тому, що, по-перше, обслуговування населення відбувається на місці і постійно; по-друге, мається можливість повного медичного обслуговування працюючих чи учнів; по-третє, збільшується можливість більш тісного контакту лікаря з пацієнтом. У наданні стоматологічної допомоги дітям переважає децентралізована форма стоматологічної допомоги.

#### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань: **Теоретичні питання до заняття:**

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) багатопрофільної лікарні, основні завдання, організаційна структура.

III. Формування професійних вмінь, навичок. **Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Методи підрахунку показників діяльності стоматологічної служби.
2. Правила оформлення звітної документації.
3. Оволодіти методикою проведення аналізу діяльності стоматологічних поліклінік та діяльності лікарів-стоматологів.
4. Підводити підсумки по результатам проведеного аналізу.

#### **Зміст теми:**

Однією з найбільш актуальних проблем в Україні є стан здоров'я населення, в тому числі його складової - стоматологічного здоров'я. Низький рівень стоматологічного здоров'я, насамперед дитячого населення та вагітних жінок, негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж всіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми та негативно впливаючи на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Особливе занепокоєння викликає стабільно висока поширеність стоматологічних захворювань у всі вікові періоди, насамперед значну ураженість твердих тканин зубів та пародонта у вагітних жінок та дітей. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що розповсюдженість карієсу зубів тимчасового прикусу у 6-ти річних дітей становить 87,9 % при інтенсивності ураження КПУЗ- 4,6; розповсюдженість карієсу зубів постійного прикусу у 12-ти річних дітей - 72,3 % при інтенсивності ураження КПУЗ- 2,75. В регіонах з вмістом фтору в питній воді менше 0, 5 мг/л

розповсюдженість карієсу зубів становить 78,6 % при КПУЗ- 3,62. В регіонах з вмістом фтору в питній воді більше 0,5 мг/л розповсюдженість карієсу зубів дорівнюється 61,7 % при КПУЗ- 2,05. Розповсюдженість хронічного катарального гінгівіту серед дітей віком 12-15 років становить в середньому 70-80%, сягаючи в окремих регіонах 95-98%. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей та підлітків віком 7-18 років перевищує 60,0%. Високою залишається питома вага вроджених вад розвитку, пухлин, онкологічних та запальних захворювань, травм щелепно-лищевої ділянки. Стоматологічна захворюваність дитячого населення в забруднених регіонах перевищує у 1,5-3 рази аналогічні показники серед дітей, які проживають в екологічно благополучних регіонах.

Аналіз сучасного стану стоматологічної галузі в Україні та перспектив розвитку в Україні свідчить про необхідність реорганізації стоматологічної служби. В умовах сучасної соціально-економічної ситуації в Україні держава об'єктивно не в змозі повністю фінансувати з державного бюджету усі видатки, пов'язані з діяльністю галузі.

При цьому створення нової організаційної моделі стоматологічної служби в Україні має відбуватись в умовах реформування системи охорони здоров'я населення, як передбачається Проектом Закону України „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я" (оприлюднений 15,05,2008 р.).

Основними інтегрованими показниками, які відображають стан стоматологічного здоров'я населення, є:

- європейські цілі, визначені ВООЗ (1987) до 2010 року
- глобальні цілі в галузі стоматологічного здоров'я до 2020 року, визначені в Заяві ВООЗ та FDI (18 вересня 2003 року).
- завдання, визначені в Програмі стоматологічного здоров'я ВООЗ (2004).
- Європейські цілі стосовно стоматологічного здоров'я, визначені ВООЗ (1987) до 2010 року передбачають, що:
- 80% шестирічних дітей будуть вільними від карієсу;
- інтенсивність карієсу зубів у дітей дванадцятирічного віку не перевищить 1,5;
- у дітей і підлітків до вісімнадцяти років не буде видалених зубів з приводу карієсу;
- більш ніж 99% населення віком 35-44 років збереже не менше 20 функціонуючих зубів;
- кількість беззубих пацієнтів віком 65 років і старше зменшиться до 20%;
- буде існувати ефективна інформаційна система, що ґрунтується на статистично достовірних даних і дає можливість їх співставлення на міждержавному рівні за єдиними параметрами ВООЗ.

Глобальні цілі, визначені ВООЗ і FDI (2003) до 2020 року, передбачають:

- сприяння стоматологічному здоров'ю і мінімізацію впливу захворювань стоматологічного та щелепно-лищевого походження на загальне здоров'я і психосоціальний розвиток, зосереджуючи сили на

популяризації стоматологічного здоров'я серед населення, яке в найбільшій мірі страждає від вказаних станів і захворювань;

- мінімілізувати вплив стоматологічних і щелепно-лицевих проявів загальних захворювань окремих осіб і суспільства в цілому, використовуючи ці прояви для ранньої діагностики, профілактики і ефективного лікування системних захворювань.

Завдання, визначені в Програмі стоматологічного здоров'я ВООЗ (2004) включають:

- впровадження системи моніторингу за всіма аспектами здоров'я населення;
- виокремлення і поглиблене вивчення найбільш поширених захворювань;
- адаптоване впровадження алгоритмів профілактики, діагностики і лікування, що базуються на доказовій медицині;
- розробка власних (у кожній державі) алгоритмів профілактики з урахуванням регіональних профілів ризику.

Оптимальним шляхом, який допоможе розв'язати комплекс причин, що призводить до низького рівня стоматологічного здоров'я, недостатньої ефективності діяльності стоматологічної галузі, є розроблення та реалізація Концепції реформування стоматологічної служби України.

#### **Форми облікової та звітної існуючої статистичної медичної документації,**

(затверджені наказами МОЗ України від 27.12.1999 р. за №302 та від 08.01.2004 р. №1 у відповідності до МКХ-10):

- *Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма № 025-2/о);*
- *Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030/о); медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о);*
- *Медична карта студента (форма № 25-3/о);*
- *Журнал обліку профілактичних щеплень (форма № 064/о);*
- *Медична карта хворого на туберкульоз (форма № 089/о);*
- *Історія розвитку дитини (форма № 112/о);*
- *Журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань (форма № 128/о);*
- *Талон амбулаторного прийому у закладі загальної практики, сімейної медицини (форма № 025-6-1/о);*
- *Посімейний журнал лікарняної дільниці і лікаря загальної практики – сімейного лікаря (форма № 025-8-1/о) та інші форми облікової та звітної статистичної документації різних медичних закладів;*
- *Звідна відомість обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету (форма № 039-2/о);*
- *Щоденник роботи лікаря-ортодонта (форма № 039-3/о);*
- *Щоденник роботи лікаря-ортопеда (форма № 039-4/о).*

#### **Форми статистичної звітності у стоматологічній практиці:**

- Форма № 17 «Звіт о медичних кадрах за 20\_\_рік»;

- Форма №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20\_\_рік».

Найбільш значущим для практикуючого лікаря стоматологічного профілю є форма №20, яка включає в себе наступні три основні таблиці:

- ✓ Таблиця 2700 «Робота стоматологічного лікувального кабінету», що заповнюється за даними, отриманими з форми № 039-3/о «Щоденник роботи лікаря-ортодонта»;
- ✓ Таблиця 2701 «Звітні данні о кількості лиць, котрі отримали зубні протези або апарати» - заповнюється на основі форми № 039-4/о «Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда»;
- ✓ Таблиця 2702 «Звітні данні о кількості лиць, котрі отримали ортодонтичне лікування» - на основі форми № 039-2/о «Відомість обліку роботи лікаря стоматолога-ортодонта».

Стоматологічна допомога відноситься до одного з самих масових видів медичної допомоги. У структурі загальної захворюваності-населення нашої країни хвороби порожнини рота і зубів займають третє місце. При цьому в 99 % випадків хворі обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних установах. У структурі захворювань, що вимагають госпіталізації (близько 1% хворих), провідне місце займають одонтогенні запальні захворювання і травми щелепно-лицьової області.

Аналіз сучасного стану стоматологічної галузі в Україні та перспектив розвитку в Україні свідчить про необхідність реорганізації стоматологічної служби. В умовах сучасної соціально-економічної ситуації в Україні держава об'єктивно не в змозі повністю фінансувати з державного бюджету усі видатки, пов'язані з діяльністю галузі.

При цьому створення нової організаційної моделі стоматологічної служби в Україні має відбуватись в умовах реформування системи охорони здоров'я населення, як передбачається Проектом Закону України „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я" (оприлюднений 15.05.2008 р.).

**Оцінка якості медичної допомоги повинна бути комплексною і включати в себе 4 основні компоненти:**

1. Ефективність (співвідношення фактичного та максимально можливого результатів);
2. Економічність (співвідношення фактичних результатів (досягнень) служб, спеціальних програм до їх вартості);
3. Адекватність (ступінь задоволення потреб населення, самих медичних працівників);
4. Науково-технічний рівень (ступінь використання здорово охороною сучасних знань, технологій та медичної техніки).

Нажаль, у цій схемі не враховані думка та інтереси пацієнтів та їх родичів. Останнє може бути вивчено шляхом безпосереднього спілкування чи соціологічного дослідження, після чого можна встановити ступінь задоволеності пацієнта (його родичів) медичною допомогою та умовами, в яких вона надається.

Виходячи із поняття якості медичної допомоги, формулюється концепція оцінки якості медичної допомоги. Вона полягає в порівнянні фактично отриманих і стандартних (еталонних параметрів).

За останні роки багатьма дослідниками розроблені і апробовані стандарти лікувально-діагностичного процесу для різних видів патології в умовах поліклініки та стаціонару (клініко-статистичні групи).

Ці стандарти лягли в основу медичних технологій в лікувально - профілактичних закладах. Крім того вони дають можливість оцінювати, виходячи з кінцевих результатів, діяльність колективів і кожного медичного працівника зокрема, дозволяють оптимізувати управління лікувально - діагностичним процесом, економніше та раціональніше використовувати матеріально – фінансові ресурси. Еталони (стандарти) конкретних результатів розробляються спеціалістами для кожного закладу з врахуванням його матеріально - технічної бази, кадрових ресурсів, їх кваліфікації, а тому в різних закладах ОЗ (навіть однотипних) ці стандарти можуть відрізнятись.

### **Аналіз діяльності стоматологічної служби**

Для реального аналізу діяльності стоматологічної служби необхідна інформація про фактичні рівні та обсяги ураженості захворюваннями зубів і слизової оболонки порожнини рота в різних вікових групах населення. Тому здійснення правильного обліку захворюваності та своєї діяльності є обов'язковою умовою роботи кожного працюючого лікаря-стоматолога.

Основним обліковим документом роботи лікарів у поліклініці є амбулаторна історія стоматологічного хворого (ф. № 043-0). До спеціальних облікових документів щоденної роботи на прийомі відносяться:

- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету (форма № 037/0-88);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (форма № 039-2/0);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (форма № 039-3/0);
- щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/0);
- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (форма № 037-1/0);
- листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (форма № 037-2/0).

Першопричиною складних і довготривалих стоматологічних захворювань людини є *карієс зубів*. Тому одержати вичерпні дані про кількість цього захворювання вельми важливо. До того ж і методики для розрахунку необхідних показників давно відомі. За їх допомогою можна визначити:

1. *Рівень поширеності карієсу зубів* - кількість випадків карієсу на 100 обстежених у різних вікових і статевих групах.

2. *Інтенсивність ураження карієсом* - середня кількість уражених зубів на одного обстеженого в окремих групах за віком і статтю.

3. *Середня кількість уражених зубів* на одного обстеженого зокрема:

- з неускладненими та ускладненими формами карієсу, що підлягають лікуванню;
- видалених і підлеглих видаленню зруйнованих зубів або коренів;
- запломбованих зубів на одного обстеженого в різних вікових і статевих групах.

## **Підведення підсумків**

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна**

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. - Київ: "Здоров'я", 2012. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - 680 с.

#### **Додаткова**

1. Кравченко А. Г. Медична статистика: Посібник для студентів і лікарів / Кравченко А. Г., Бірюков В. С. – Одеса: Астропринт, 2008. – 228с.
2. Біостатистика / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
3. Громадське здоров'я / За ред. В.Ф. Москаленка. - Вінниця: «Нова книга», 2011.-560 с.
4. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.

#### **Електронні інформаційні ресурси**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [www.who.int](http://www.who.int)
2. Кохрейнівський центр доказової медицини [www.cebm.net](http://www.cebm.net)
3. Кохрейнівська бібліотека [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
4. Національна медична бібліотека США – MEDLINE [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)
5. Канадський центр доказів в охороні здоров'я [www.cche.net](http://www.cche.net)
6. Центр контролю та профілактики захворювань [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України [www.phc.org.ua](http://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 BritishMedicalJournal [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. Журнал Evidence-BasedMedicine [www.evidence-basedmedicine.com](http://www.evidence-basedmedicine.com)