**Зміст**

Вступ

Предмет вивчення медичної статистики, її значення для медицини, охорони здоров'я

Висновки

Список використаних джерел

# Вступ

Статистичний метод є основним методом медико-соціального аналізу. ***Статистика*** — суспільна наука, що вивчає кількісну сторону масових суспільних явищ у нерозривному зв'язку з їхніми якісними особливостями. Саме розмаїтістю якісних особливостей пояснюється те, що для кількісного опису явищ використовується велика кількість різноманітних статистичних величин. Статистика встановлює відповідність між ідеальним світом і уявленням про реальний світ. Статистика розвивається як єдина наука, в котрій розвиток кожної з її галузей сприяє розвитку статистики в цілому.

Статистика, що вивчає питання, пов'язані з медициною, гігієною й суспільною охороною здоров'я, називається ***медичною*** або ***санітарною***. Медична статистика розглядає людину як соціальна істота, а всі явища людського життя як соціально обумовлені.

У сучасній Україні спостерігається значне зниження не тільки рівня здоров'я населення, а й визнання його реальною життєвою цінністю. Аналогічний процес в економіці визначають як інфляцію, що характеризується підвищенням цін і знеціненням грошей, тобто зниженням платоспроможності населення. Проекція широковідомого економічного явища на галузь охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що в Україні перехідного періоду практично знецінюється така важлива категорія суспільства, як здоров'я нації. Не існує галузі життєдіяльності суспільства, в якій би не висувалися серйозні вимоги до рівня здоров'я громадянина, а головне, такої, що спонукала б до підвищення цього рівня.

# Предмет вивчення медичної статистики, її значення для медицини, охорони здоров'я

Основними ***задачами*** медичної статистики є:

· виявлення особливостей стану здоров’я населення з використанням демографічних даних, даних про захворюваність, фізичний розвиток і інвалідність, а також факторів, що визначають ці особливості;

· вивчення даних про мережу, структуру, кадри і діяльності лікувально-профілактичних установ і організацій;

· оцінка ефективності заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я населення і підвищення ефективності роботи медичних установ;

· оцінка клінічних, гігієнічних і лабораторних даних, а також матеріалів наукових досліджень.

Статистична методологія будується на основі визначених правил і прийомів, вироблених у процесі довголітньої практики і науково узагальнених принципів.

Найважливішим ***методом*** даної дисципліни є статистичне дослідження.

Будь-яка галузева, у тому числі і медична, статистика складається з двох частин: методичної і матеріальної. Методична частина, тобто сукупність прийомів дослідження, містить звичайно багато загальних рис і разом з ними, досить своєрідних особливостей, обумовлених галуззю її застосування. Це положення можна підтвердити тим, що в жодній галузевій статистиці коефіцієнти не мають такого виняткового застосування, як у санітарній статистиці. Разом з тим, у ній майже не знаходить застосування метод індексів, що займає велике місце в промисловій і торговій статистиці [3, c. 45].

***Матеріальна*** ***частина*** — це сукупність основних цифрових зведень. У санітарній статистиці сюди входять фактичні дані про здоров'я населення, про охорону здоров'я й аналіз цих даних.

Незалежно від того, які задачі ставляться в санітарно-статистичному дослідженні, воно повинно проводитися у визначеній послідовності відповідно до історично сформованих етапів, що складаються з окремих операцій. Розрізняють 4 етапи статистичного дослідження:

1) складання плану і програми дослідження (підготовча робота);

2) статистичне спостереження (збір матеріалу);

3) статистична розробка матеріалу;

4) аналіз, висновки, рекомендації, впровадження в практику.

Розглянемо детальніше ці етапи.

1. Складання плану і програми дослідження:

* формулювання мети і задач дослідження відповідно до робочої гіпотези;
* визначення і підбор статистичної сукупності;
* визначення одиниці спостереження;
* вибір виду статистичного дослідження (одноразове, поточне, суцільне, вибіркове, у тому числі визначення способу вибору — механічний, типологічний, гніздовий, випадковий, парноспряжений і ін.);
* визначення об’єкта спостереження, часу спостереження і суб’єкта спостереження;
* визначення програми збору даних (складання карти статистичного дослідження з переліком облікових ознак);
* визначення програми розробки даних (складання макетів, таблиць із взаємозв'язками ознак);
* визначення методу спостереження — анкетний, анамнестичний, катамнестичний.

2. Статистичне спостереження:

* інструктаж виконавців;
* копіювання зведень;
* контроль якості реєстрації — логічний і аналітичний.

3. Статистична розробка:

* шифровка матеріалу відповідно до ознак групування;
* розкладка карт відповідно до макетів розроблених таблиць;
* заповнення таблиць і підрахунок підсумків.

4. Аналіз. Висновки. Рекомендації. Впровадження в практику.

Основними ***розділами*** медичної статистики є:

1. Статистика суспільного здоров’я.
2. Статистика охорони здоров’я.
3. Статистика наукових дослідів, або теоретична медична статистика.

Медична статистика – це основний метод спостереження і оцінки діяльності органів і закладів охорони здоров’я. Аналіз діяльності медичного закладу полягає в складанні текстових звітів, пояснювальних записок і кон'юнктурних оглядів, що дають науково-медичне тлумачення і пояснення цифрових даних.

Державна звітність, обов'язкова для усіх відомств і установ, — основна форма статистичного спостереження. Звітні документи затверджуються Держкомстатом, а вся інша, так звана "самодіяльна" документація є незаконною. Система звітності будується подібно піраміді: найбільш діяльними є низові звіти, а чим вище інстанція, тим вужче коло даних, що збираються, що обмежується найбільш необхідними показниками. Мається також і зворотний зв'язок між періодом часу і обширністю програми звіту [4, c. 52].

Достоїнства звітів складаються в їхньому зведеному, узагальненому характері. Вони є ніби первинним, обліковим документом для вищих органів, що дозволяє контролювати виконання планів і забезпечувати можливість оперативного керівництва.

Наведемо приклади деяких первинних облікових медичних документів: "Статистичний талон" (облікова форма № 25-2/у), "Карта вибувшого із стаціонара" (облікова форма № 066/у), "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння" (облікова форма № 058/у).

Практично перелік питань програми статистичного спостереження і їхніх окремих ознак виражається у вигляді обліково-статистичного документа, переважно карткового типу (бланк, формуляр, анкета) і рідше — облікового типу (журнал, відомість, облікова книга). Загальноприйняті офіційно діючі однотипні медичні документи затверджуються відповідними інстанціями (облікові — Міністерством охорони здоров'я, звітні — Державним Комітетом Статистики).

Одночасно з програмою спостереження складається план і програма майбутньої зведення (проекти і макети робочих таблиць).

Існують визначені правила для складання статкарти.

По-перше, її не слід перевантажувати. Треба включати тільки потрібні і необхідні питання, що знадобляться в наступній розробці.

По-друге, питання повинні бути ясно і точно сформульовані і не викликати різного тлумачення (а часом — чи недовіри побоювання).

По-третє, відповіді повинні носити чіткий і категоричний характер.

По-четверте, побудова програми передбачає координацію і взаємний контроль питань (діагноз, стать, вік, професія і стаж роботи, рік закінчення навчального закладу і т. п.).

Найбільш відповідальним, заключним моментом зведення є складання таблиць. Статистичні таблиці являють собою зведення числових підсумків спостереження, сукупність фактів, виражених цифрами.

Переваги табличного викладу полягають у тому, що таблиця:

· наочна і зручна для зіставлення статистичних матеріалів;

· дає можливість з'ясувати характер групувань і розкриває структуру явищ;

· виділяє основні ознаки;

· сприяє встановленню зв'язку між явищами й ознаками.

Таблиці поділяються на прості і складні (групові і комбінаційні).

Проста таблиця дає тільки числовий розподіл підмета за однією ознакою, без групування окремих ознак у присудок. Ознаки підраховані і вписані в таблицю окремо, незалежно одна від одної, вони не розділені і не зв'язані між собою.

Прості таблиці можуть бути хронологічними, територіальними, перелічувальними (число інфекційних хворих по роках чи по місяцях року, по районах області, по нозологічним формах). Багато таблиць у звітах медичних установ є простими, наприклад, рух хворих у стаціонарі, розподіл лікарів по спеціальностях і т.п.

Для аналітичних цілей вдаються до побудови складних таблиць — групових і комбінаційних. У груповій таблиці може бути багато ознак, але зіставляються тільки два, котрі характеризуються сполученням підмета таблиці тільки з однією ознакою присудка. Така таблиця по своєму змісту й аналітичних можливостях значно багатша, ніж проста, тому що досліджуване явище представлене в більш виразному виді.

Найбільш досконалими є комбінаційні таблиці, що дають (як свідчить їхня назва) сполучення підмета з декількома (двома і більш) ознаками присудка.

Своєрідною модифікацією є "комбінаційно-кореляційна" таблиця, що дозволяє визначити тісноту зв'язку між кількісними ознаками.

Складні таблиці можуть бути первинними (чи робочими), що складаються в процесі зведення, і вторинними (чи аналітичними), зв'язаними з заключним етапом статистичного дослідження.

Необхідним доповненням до статкарти є інструкція (іноді віддрукована на карті), що роз’яснює значення термінів, порядок заповнення і ведення документів на конкретних прикладах.

Наведемо приклади деяких ***медико-статистичних показників***, які характеризують діяльність лікувально-профілактичних закладів.

1. Показники використання матеріальних ресурсів.

* середня тривалість перебування;
* забезпеченість ліжками;
* рівень госпіталізації;
* зайнятість ліжка в році;
* кількість відвідувань на 1 жителя (міста, області і т. д.);
* кількість відвідувань за зміну.

1. Показники використання кадрових ресурсів.

* забезпеченість лікарями (середнім медичним персоналом) на задану кількість населення;
* кількість лікарів, що мають кваліфікацію.

1. Показники фінансових ресурсів, які характеризують об’єми та джерела фінансування ЛПЗ.

Спроможність українського суспільства до динамічного розвитку значною мірою залежить від стану здоров'я населення. Разом з тим рівень стану здоров'я населення України, системи охорони здоров'я нашої країни як вітчизняними, так і зарубіжними вченими, фахівцями оцінюється переважно як низький чи кризовий. Про це свідчать такі дані.

Продовжує скорочуватися середня тривалість життя населення України, особливо чоловіків. Середня тривалість життя становить 68,1 року (чоловіків – 62,7; жінок – 73,6). За цим показником Україна посідає 108 місце у світі, відстаючи від країн Західної Європи на 9 років, а від Японії (де найбільша в світі тривалість життя) – на 13 років.

Статистика свідчить про суттєве зменшення народжуваності (від'ємний приріст населення розпочався з 1991 р. (-0,8)). Показник народжуваності зменшився з 1,9 дитини в 1989 р. до 1,1 – у 2001-му. Середньорічний темп зниження народжуваності протягом 1989-2001 pp. був більше чим у 10 років вищим, ніж в попередні 30 років (1959-1989) [2, с. 147].

Підвищився в Україні загальний коефіцієнт смертності (за останні 5 років в середньому 15% при зростанні європейського показника на 6,6%). За спостереженнями експертів Світового банку (1999 p.), смертність від серцево-судинних хвороб зросла на 39,7%, хвороб органів дихання – на 32,1%, травм і отруєнь – на 23,2%, злоякісних новоутворень – на 4,5%. Загальний коефіцієнт смертності в нашій країні порівняно із загальноєвропейськими вищий на 36,4% (за смертністю від серцево-судинних хвороб – на 72,4%, від травм і отруєнь – на 59,3, від хвороб органів дихання – на 32,7). Смертність немовлят (до року) в Україні перевищує середньоєвропейський показник в рази (це при тому, що Україна ще не перейшла на більш суворі світові критерії визначення мертвонароджених).

Тільки у 2000 р. природне скорочення населення становило 376 тис. осіб. За останні роки населення України щорічно зменшується на 0,4% (у розвинених країнах Західної Європи цей показник щорічно збільшується на 0,4%). Зазначене свідчить про усталені процеси депопуляції населення в Україні.

Україна характеризується швидкими темпами старіння населення. Питома вага осіб старше 60 років зросла з 10,5% в 1959 до 20,5% у 2000 p., тобто вдвічі. У віці 65 і більше років в країні проживає понад 14% населення (рівень старіння населення найвищий в сільській місцевості). Прогнозується, що в 2025 р. літніх людей в Україні вже буде 27%. Все це посилює демографічне навантаження на працююче населення.

Високим в Україні є рівень загальної захворюваності, про що свідчать дані звернень населення в лікувально-профілактичні заклади на початок 2000 р. Зазначений показник становив 141186,3 на 1000 тис. населення. У структурі поширеності хвороб основну частину становлять хвороби органів дихання (24,4%); на другому місці – хвороби системи кровообігу (22,4%); на третьому – хвороби органів травлення (9,0%); на четвертому – хвороби кістково-м'язової системи (5,6%); п'яте місце посідають хвороби ендокринної системи та порушення обміну речовин (5,0%) [4, с. 179].

При цьому більше половини випадків смерті та третину причин інвалідності зумовлюють хвороби системи кровообігу. Високий показник захворюваності на злоякісні новоутворення – 2000 p., він становив 318,3 на 100 тис. населення. Статево-віковий аналіз онкозахворюваності свідчить, що найвищі рівні цієї патології характерні для населення старших вікових груп, особливо чоловіків.

Останніми роками суттєво погіршилась епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції (СНІДу). За оцінками експертів, в Україні станом на кінець 2002 р. проживало близько 400 тис. ВІЛ-інфікованих. Збільшився показник захворюваності на туберкульоз (у 1999 р. він становив 54,3 на 100 тис. населення, а смертність – 19,9 на 100 тис). Загалом же порівняно із даними 15 країн – членів Європейського Союзу показники здоров'я населення України гірші в 2 і більше разів.

Причини низького рівня здоров'я значної частини населення України є віддзеркаленням соціально-економічної ситуації в країні. До них належать бідність, зубожіння багатьох людей, їхній невисокий добробут, спосіб і рівень життя, незадовільний стан екології, кризовий стан охорони здоров'я (рівень здоров'я частини населення залежить на 50% від способу і рівня життя, на 20 – від спадковості, на 20 – від стану навколишнього середовища і на 10% – від стану системи охорони здоров'я). Все зазначене зумовлює необхідність реформування гуманітарної політики у сфері охорони здоров'я, глибоку трансформацію соціально-економічних, духовних відносин в українському суспільстві.

# Висновки

Отже, основними ***задачами*** медичної статистики є:

· виявлення особливостей стану здоров’я населення з використанням демографічних даних, даних про захворюваність, фізичний розвиток і інвалідність, а також факторів, що визначають ці особливості;

· вивчення даних про мережу, структуру, кадри і діяльності лікувально-профілактичних установ і організацій;

· оцінка ефективності заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я населення і підвищення ефективності роботи медичних установ;

· оцінка клінічних, гігієнічних і лабораторних даних, а також матеріалів наукових досліджень.

Статистична методологія будується на основі визначених правил і прийомів, вироблених у процесі довголітньої практики і науково узагальнених принципів. Найважливішим ***методом*** даної дисципліни є статистичне дослідження. Динамічний розвиток охорони здоров'я неможливий без реорганізації системи управління у цій сфері. Зберігаючи управлінську вертикаль системи управління у сфері охорони здоров'я важливо реалізувати принцип децентралізації, створити умови для зростання ролі громадських медичних об'єднань у розв'язанні проблем охорони здоров'я, що є необхідною умовою демократизації управління в цій галузі. Суттєвим є розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги, яка передбачає створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я. В межах державно-комунальної моделі слід чітко розмежовувати первинний, вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги. Важливим є і розширення ролі територіальних громад в забезпеченні контролю за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

# Список використаних джерел

1. Вороненко Ю. В., Прус Л. О., Чуйко А. П., Затула О. А., Оніщенко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. — Т.: Укрмедкнига, 2002. — 330с.
2. Герасименко С. С., Головач А. В., Єріна А. М., Козирєв А. М. Статистика. — К.: КНЕУ, 2000. — 467 с.
3. Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці: Матеріали конференції / Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. — К., 2004. — 208с.
4. Медична статистика: Зб. нормат. док. / Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва; Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики / Валентина Миколаївна Заболотько (упоряд.та голов.ред.) — К.: МНІАЦ медичної статистики, 2006. — 460с.
5. Охорона здоров'я в Україні: Статистичний збірник / Державний комітет статистики України. — К., 2001. — 271с.
6. Приходський О. О., Морарь Л. М., Голяченко А. О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). — Т.: Лілея, 2001. — 65с.