

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТІВ
з дисципліни
“СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА”
(для бакалаврів)**

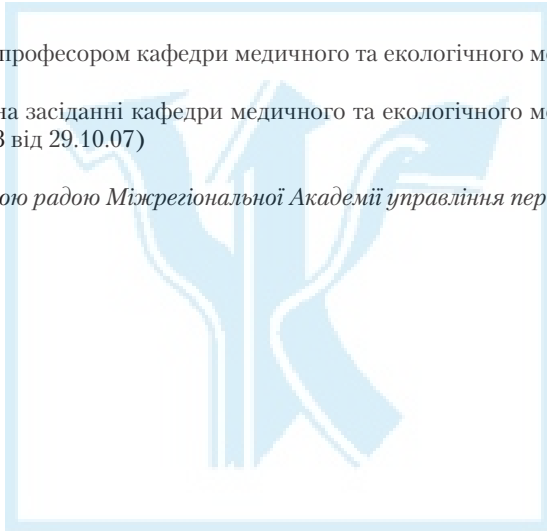
МАУП

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2009

Підготовлено професором кафедри медичного та екологічного менеджменту
О. В. Баєвою

Затверджено на засіданні кафедри медичного та екологічного менеджменту
(протокол № 3 від 29.10.07)

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом



Басва О. В. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни “Соціальна медицина” (для бакалаврів). — К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2009. — 28 с.

Методичні рекомендації містять пояснювальну записку, методичні рекомендації до опанування окремих тем навчального курсу, аналітичне завдання до самостійної індивідуальної навчально-дослідної роботи та дидактичні матеріали до його виконання з навчальної дисципліни “Соціальна медицина”, а також список літератури.

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП), 2009
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2009

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

В умовах кредитно-модульної системи самостійна робота є основним засобом засвоєння студентами навчального матеріалу у вільний від обов'язкових видів навчальної діяльності час.

Основна мета самостійної роботи над навчальним курсом “Соціальна медицина” – засвоєння теоретичних і практичних питань навчального курсу, здобуття вмінь та навичок узагальнювати і аналізувати економічні та соціальні явища в галузі охорони здоров'я.

Згідно із чинними навчальними планами підготовки фахівців за спеціальністю “Менеджмент організацій”, професійне спрямування “Медичний та фармацевтичний менеджмент”, при вивченні курсу “Соціальна медицина” на самостійну роботу відведено 60 % академічного часу, і він має бути використаний для самостійного опрацювання деяких питань з тем навчального курсу та виконання індивідуальної навчально-дослідної роботи.

Формою звіту про виконання студентом самостійної роботи є індивідуальна навчально-дослідна робота.

Виконуючи індивідуальні завдання, студенти опановують теоретичні знання з тем, що визначені робочою програмою навчальної дисципліни для самостійного опрацювання, та набувають практичних навичок з формування державної політики в галузі охорони здоров'я, що має максимально наблизити теоретичний курс до практичної діяльності. Викладач визначає обсяг самостійної роботи, узгоджує її з іншими видами навчальної діяльності студента, розробляє методичні засоби проведення поточного та підсумкового контролю, аналізує результати самостійної навчальної роботи кожного студента.

З навчальної дисципліни визначено такі види самостійної роботи:

- дві теми для самостійного опанування;
- аналітичне завдання, виконання якого потребує теоретичних знань з другого модуля навчальної дисципліни, оформлюється у вигляді індивідуального звіту.

ТЕМИ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ

Змістовий модуль І. Теоретичні основи вивчення та аналізу суспільного здоров'я

Тема 1. Здоров'я як системна категорія – сутність, зміст і визначення

Завдання для самостійної роботи

Проаналізувати різні шляхи поліпшення суспільного здоров'я .

Тема 2. Чинники, що зумовлюють здоров'я населення; методи вивчення, закономірності

Після теоретичної підготовки до заняття варто виконати приведені нижче завдання. При цьому скористайтеся алгоритмом статистичної обробки динамічного ряду, в якому зазначена послідовність виконання етапів, і методикою розрахунку показників, що використовуються для характеристики динаміки явищ.

Задача 1 має еталон розв'язання. Зіставивши отримані результати з еталонною відповіддю, ви можете себе перевірити. Якщо припустилися помилки, виправте її, знову розв'язавши якийсь елемент задачі. Лише після цього приступайте до розв'язання інших задач.

Задача 1

Забезпеченість населення лікарняними ліжками на 10000 населення м.Н. за ряд років подано в таблиці нижче.

Таблиця

Забезпеченість лікарняними ліжками населення м.Н. за 2001–2007 рр.

Роки	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Лікарняних ліжок на 10000 населення	115,2	110,7	98,5	92,2	88,1	84,8	83,3

1. Визначіть вид динамічного ряду.
2. За необхідності вирівняйте динамічний ряд.
3. Розрахуйте показники динамічного ряду.
4. Зробіть висновки.

Задача 2

Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності на грип й ОРВІ серед робітників металургійного комбінату за 4 роки (у випадках на 100 робітників):

2004 р. — 30,0
2005 р. — 23,0
2006 р. — 26,0
2007 р. — 19,0

1. Визначіть вид динамічного ряду.
2. Якщо потрібно – вирівняйте його.
3. Розрахуйте можливі показники динаміки.
4. Зробіть висновки.

Задача 3

Питому вагу розбіжностей клінічних і патологоанатомічних діагнозів в обласній лікарні за 10 років подано нижче.

1998 р. — 6,0%
1999 р. — 4,8%
2000 р. — 3,0%
2001 р. — 4,2%
2002 р. — 3,2%
2003 р. — 5,6%
2004 р. — 4,3%
2005 р. — 6,3%
2006 р. — 6,0%
2007 р. — 5,6%

1. Визначіть вид динамічного ряду.
2. Якщо потрібно – вирівняйте його.
3. Розрахуйте можливі показники динаміки.
4. Зробіть висновки.

Змістовий модуль II. Медико-соціальні засади суспільного здоров'я

Аналітичне завдання до модуля II: розробити проект “Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей”.

Тема 10. Впровадження державних програм в практичну діяльність лікувально-профілактичних установ та закладів

Завдання для самостійної роботи

Проаналізувати концепцію Державної програми “Здорова дитина на 2008–2017 роки”.

МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ДО ПІДГОТОВКИ ТЕМ ТА ЗАВДАНЬ

Тема 1. Здоров'я як системна категорія – сутність, зміст і визначення

Методичні поради до аналізу шляхів поліпшення суспільного здоров'я

При аналізі даної проблеми слід звернути увагу на те, що сучасна епоха ставить перед біологічним видом *Homo Sapiens* складні завдання, які витікають із деяких тенденцій та особливостей суспільного розвитку. Темпи економічних, соціальних, технологічних, інформаційних і навіть кліматичних змін у всьому світі вимагають від людини швидшої і постійної адаптації до умов життя, що постійно змінюються. Характерною рисою нашого часу є прогресуюча нестабільність. Якщо додати сюди й екологічні проблеми, зміни характеру трудових процесів, прискорення темп урбанізації та багато інших чинників, то стає очевидним, що людина живе в сучасному мінливому світі за умов, далеких від тих, до яких вона колись пристосувалась. Все це призводить до змін біологічної природи людини. Зараз ми спостерігаємо зниження функціональних резервів систем і органів на популяційному рівні, порушення реактивності, резистентності та процесів саморегуляції. Внаслідок цих процесів змінюється й характер патології сучасної людини.

Варто визначити, який напрям покращання фізичного здоров'я є пріоритетним? Насамперед — це здоровий спосіб життя. Дослідження вітчизняних і закордонних вчених довели, що робота людей, які палять, часто вживають алкоголь, нехтують фізичними вправами, є малоефективною. У цьому відношенні Україна, на жаль, — серед найвідсталіших країн. Приймаються на роботу курці (хоча вони будуть частіше хворіти і мати нижчі показники ефективності праці, ніж некурячі); культивується вживання алкоголю як посередника спілкування і засобу боротьби зі стресом; не користуються популярністю регулярні заняття у спортивних залах і навіть найдоступніші фізичні вправи, які можна виконувати поза спеціально обладнаним приміщенням; не дотримуються основи раціонального харчування. Тут, з одного боку, має місце низька інформованість населення, з іншого — економічні проблеми, що стоять перед більшістю родин.

На жаль, ми маємо вкрай низькі показники загальної тривалості життя населення, особливо серед чоловіків, порівняно з високо-

розвиненими країнами світу. Занепокоєння викликає високий рівень захворюваності серед дітей, а також висока смертність.

Слід звернути увагу на те, що для охорони здоров'я стосунки людини з навколишнім середовищем повинні відповідати конкретним вимогам. Система життя, в якій ці вимоги задовольняються на достатньому рівні й в оптимальному режимі, має постійно оновлюватися й коригуватися.

Назріла необхідність докорінної зміни ситуації у країні з питань формування здорового способу життя. Можна визначити кілька напрямів:

- Перший — це освітні програми для дітей і юнацтва. На сучасному етапі посилено роботу в дошкільних установах; до програм загальноосвітніх шкіл запроваджено предмет “Валеологія”; відкрито кафедри валеології в ряді університетів.
- Другий напрям — робота серед дорослого населення. Саме дорослі можуть, на особистому прикладі, прищепити поняття “здоровий спосіб життя” у свідомість дитини і потім сприяти його реалізації у житті.

При роботі з дорослими потрібно використовувати позитивну можливість включення мотиваційних факторів: зацікавленості у меншій схильності до хвороб, активному і тривалому житті, підтримці здорового (і тому привабливого для себе і оточуючих) зовнішнього вигляду. Питання фізичного здоров'я повинні перетворюватися, з одного боку, у широкомасштабну державну програму — адже саме держава зацікавлена у здорових повноцінних громадянах; з іншого боку — формувати на духовному рівні культ здорового способу життя, підкріплений відповідною методологією і рекламою. Бути здоровим фізично і духовно повинно стати модним. Це має позначатися також на матеріальному стимулюванні позитивних результатів і розробці механізмів покарання (запровадження практики звільнень за вживання алкоголю на робочих місцях та появу на роботі й у громадських місцях у нетверезому стані, обмеження прийому на роботу курців, введення преміювання осіб, які не мали лікарняних аркушів протягом року тощо).

Особливу увагу слід звернути на те, що в суспільстві мають стати широкодоступними методичні рекомендації зі всіх аспектів здорового способу життя. Значну увагу варто приділяти його рекламуванню у засобах масової інформації. Великі організації й установи повинні створювати умови, що сприяють поліпшенню показників фізичного

здоров'я працівників (безкоштовні спортивні зали, пільгові путівки до оздоровчих санаторіїв і профілакторіїв тощо). На вищому рівні така робота організацій і установ повинна контролюватися, підтримуватися і заохочуватися; варто надавати перевагу тим керівникам, що визначають подібний напрям пріоритетним у роботі.

Також слід звернути увагу на те, що підтримка фізичних аспектів здоров'я дасть можливість реалізувати духовний потенціал населення. Здоров'я нації визначить у перспективі економічне і політичне місце України серед розвинених країн світу.

Здоров'я населення є багатогранною категорією, що відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя і водночас похідною від соціального, культурного, економічного, політичного та природного середовищ. У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВООЗ “Здоров'я-21” проголошується, що “покращання здоров'я і добробуту людей — кінцева мета соціального та економічного розвитку”.

Здоров'я — показник національного престижу, що стабілізує фактор довіри до всіх галузей влади, органів управління і політико-економічної системи в цілому. Складна соціально-економічна ситуація в країні у перехідний період, тривале падіння виробництва, закриття підприємств, вивільнення з підприємств та організацій робочої сили і зростання безробіття, економічна і соціальна нестабільність суспільства неминуче призвели до погіршення стану здоров'я населення України.

Науковці виокремлюють чотири групи проблем, що визначають стан здоров'я населення України, а саме:

- збільшення смертності від неприродних причин — убивств, самогубств, дорожньо-транспортних пригод;
- зростання частоти захворювань, обумовлених соціально-побутовим неблагополуччям, — дифтерії, краснухи, дизентерії, туберкульозу, венеричних хвороб;
- проблеми материнства і дитинства — дитяча і материнська смертність, хвороби вагітних жінок, особливо анемії, пізні токсікози, невиношування, аборти, нездорові немовлята і діти;
- збільшення частоти основних хронічних захворювань — серцево-судинних, психічних розладів, хвороб ендокринної системи.

Вищезазначені проблеми виникли давно, однак на тлі соціально-економічної кризи, що розгортається в останні роки, різко загострилися. Прогнози здоров'я, представлені різними фахівцями, не викликають оптимізму: очікується подальше зниження тривалості життя,

продовження депопуляції, відносно зростання чи в кращому випадку збереження на колишньому рівні дитячої смертності, зростання загальної смертності.

Вже визнаною є недосконалість системи управління, що виявляється в роз'єднаності діяльності державних і муніципальних структур, які займаються питаннями охорони здоров'я, а це призводить до паралелізму в роботі і неефективності використання бюджетних і позабюджетних засобів. Ринкові механізми в розвитку галузі задіяні недостатньо. Негативно позначається недосконалість інфраструктури медичної допомоги: значне місце займає найбільш дорога стаціонарна допомога, а недооцінюється роль більш економічної амбулаторної допомоги, метою якої є профілактика, раннє виявлення і своєчасне лікування захворювань.

Тому варто акцентувати увагу на тому, що роль дільничного лікаря, колиш головної фігури в поліклініці, та й в охороні здоров'я в цілому, знижена до крайності. Престиж цієї спеціальності у населення невисокий, а ставлення до такого лікаря, здебільшого, як до лікаря без кваліфікації взагалі. Та й сам дільничний лікар вже звик до численних наказів про необхідність не тільки консультацій, але і ведення пацієнтів з визначеними захворюваннями тільки відповідними фахівцями, тому значну частину (до 50 %) хворих, що звернулися до нього, направляє на консультації до вузьких фахівців, перетворившись практично в диспетчера. Дільничний терапевт не став на сьогодні лікарем пацієнта і фактично не несе відповідальності за обсяг і якість усієї медичної допомоги, що йому надається. Він не координує на амбулаторно-поліклінічному етапі всі питання лікувально-профілактичної, реабілітаційної допомоги, не забезпечує ні її наступності в різних лікувально-профілактичних установах, ні постійного контролю за станом здоров'я пацієнта, його родини. Існуючі поліклініки перестали відповідати вимогам сьогодення. За даними експертних оцінок, поліклінічне обстеження визнане неповноцінним у 16,3 % випадків, лікування було незадовільним у 15 % хворих. Тільки 5 % відвідувань дільничного терапевта і 10 % дільничного педіатра були з метою профілактики. Не більше 7 % витрат на медичну допомогу йде на профілактичні цілі. У стаціонари госпіталізують до 30 % і більше амбулаторних хворих.

При аналізі даної проблеми слід звернути увагу на те, що зайва диференціація лікарських спеціальностей призвела до повного забуття лікарями принципу, що активно пропагується в медичних ін-

ститутах — “лікувати не хворобу, а хворого”. Кожен фахівець лікує “свою частину пацієнта”. Функції об’єднуючого, координуючого всю діагностику і лікування лікаря, дільничний терапевт брати на себе відучений, та, найчастіше, і не в змозі. Саме тому зростають випадки не виявлення онкологічної патології в ранніх стадіях, несвоечасної діагностики туберкульозу і венеричних захворювань, поліпрагмазії, коли пацієнт пригорщами ковтає ліки, виписані лікарями різних спеціальностей, а підказати, що від такого лікування більше шкоди, ніж користі, немає кому.

Необґрунтовано високий рівень відвідувань лікарів “вузьких” спеціальностей веде до істотних економічних витрат на їхню заробітну плату й оснащення декількох спеціалізованих кабінетів там, де реально необхідний один консультативний кабінет.

В Україні також існують суттєві відмінності в організації медико-санітарної допомоги сільському і міському населенню. Найважливіші причини, що їх обумовлюють, такі:

- низький рівень щільності проживання населення;
- високий рівень постаріння населення;
- менша можливість реалізації права на вибір медичних закладів, лікаря, іншого медичного персоналу;
- історичне відставання в забезпеченні необхідних обсягів якісної і доступної медико-санітарної допомоги;
- різний рівень та структура основних показників захворюваності;
- збереження обмежень у просторовій доступності медико-санітарної допомоги жителям села;
- наявність в сільській місцевості розгалуженої мережі дільничних закладів;
- надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) сільському населенню як лікарями, так і середніми медичними працівниками на самостійному амбулаторному прийомі і вдома;
- забезпечення медичною допомогою первинного рівня не тільки мешканців населеного пункту, в якому розташовано медичний заклад, а й значною мірою і населення інших сіл, “приписаних” до цього закладу;
- нерівноцінність обсягів і якості медичної допомоги в пунктах дислокації закладів ПМСД порівняно з іншими населеними пунктами на території їх діяльності. Так, смертність сільського населення має таку ж структуру причин, як і міського.

Аналізуючи проблему, слід звернути увагу на те, що стратегія покращання охорони здоров’я може формуватись за такими напрямками:

- поетапне збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я, їх ефективне використання;
- підвищення якості медичних послуг, переорієнтація охорони здоров'я на попередження захворювань; зниження ризику, пов'язаного зі шкідливим впливом довкілля та чинників Чорнобильської катастрофи;
- проведення активної демографічної політики, охорона материнства та дитинства, вдосконалення медичної допомоги людям похилого віку та мешканцям села;
- забезпечення пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, створення єдиного медичного простору, ринку платних медичних послуг та введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- впровадження багатоканальності фінансування галузі, створення конкуренції між надавачами медичних послуг та забезпечення свободи їх вибору пацієнтами;
- забезпечення доступності медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безплатної медичної допомоги;
- запровадження нових механізмів забезпечення медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням вітчизняного виробництва;
- подальше вдосконалення правової бази охорони здоров'я, приведення її у відповідність до норм міжнародного права.

Основні напрями реорганізації існуючої системи охорони здоров'я сформульовано в “Концепції розвитку охорони здоров'я населення України”, затвердженої 7 грудня 2000 р. Указом Президента України. В Концепції наголошується, що держава зберігає за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролює якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх рівнів власності. При цьому Концепцією передбачається, що основна частина медичних послуг населенню повинна надаватись на первинному рівні, у зв'язку з чим проводитиметься державна політика на перерозподіл фінансування і збільшення коштів, що виділяються на ПМСД. Згідно з Концепцією медична допомога на первинному рівні має включати профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями. Передбачена Концепцією оптимізація діяльності в галузі охорони здоров'я має на меті створення оптимальної системи

надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність та якість основних видів медичних послуг відповідно до базових стандартів якості. З цією метою передбачається здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обґрунтованих відмінностей в потребах міського та сільського населення у різних видах медичної допомоги, та надання пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини.

Тема 2. Чинники, що зумовлюють здоров'я населення; методи вивчення, закономірності

Еталон розв'язання задачі № 1

1. Даний динамічний ряд складний, моментний.
2. Має місце чітка тенденція зниження забезпеченості ліжками – вирівнювати ряд не має потреби.

Показники динамічного ряду подано в таблиці.

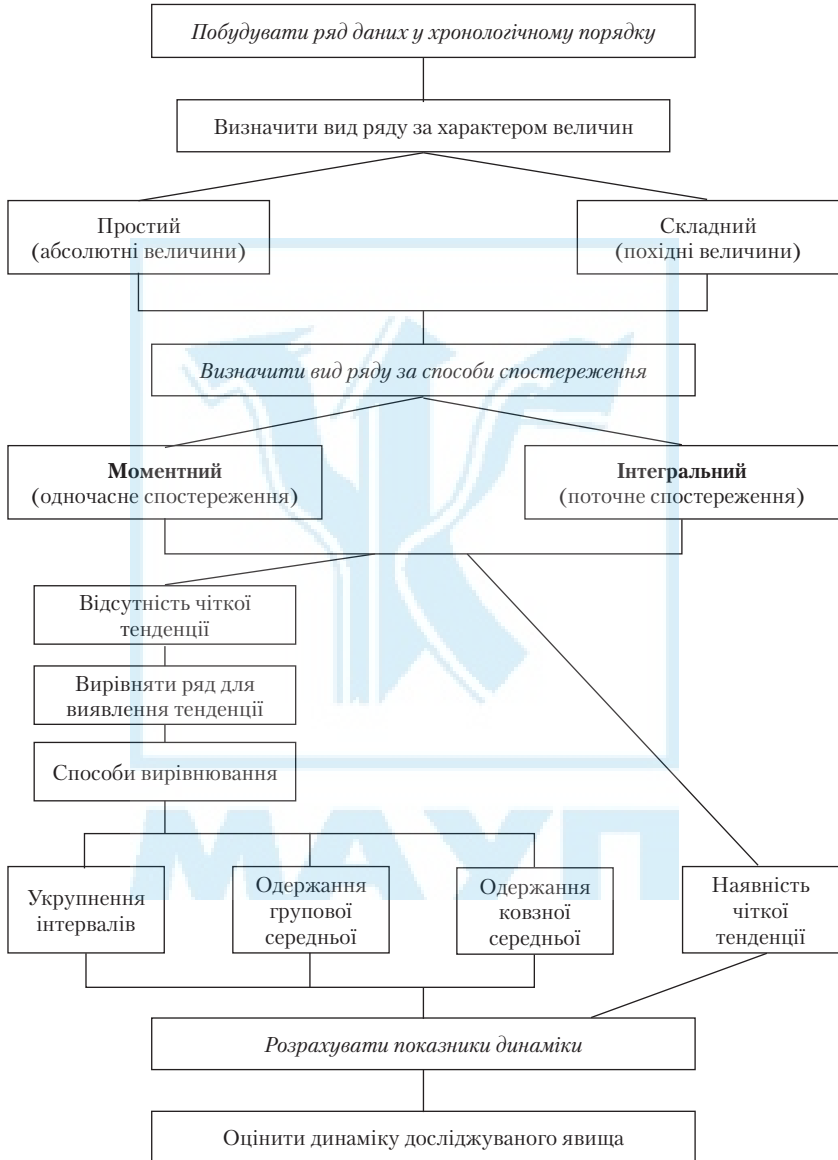
Динаміка забезпеченості лікарняними ліжками населення м.Н. за 2001–2007 роки

Показник	Рік						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Лікарняних ліжок на 10000 населення	115,2	110,7	98,5	92,2	88,1	84,8	83,3
Абсолютний приріст	-	-4,5	-12,2	-6,3	-4,1	-3,3	-1,5
Темп приросту (у %)	-	-3,9	-11,0	-6,4	-4,4	-3,7	-1,8
Темп зростання (у %)	-	96,1	89,0	93,6	95,6	96,3	98,2
1 % приросту	-	1,15	1,1	0,98	0,93	0,89	0,83

Висновки:

1. Забезпеченість населення лікарняними ліжками в м.Н. має тенденцію до зниження.
2. Відзначається нерівномірність величини приросту ліжкового фонду в різні роки.

АЛГОРИТМ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДИНАМІЧНОГО РЯДУ



МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ ПОКАЗНИКІВ ДИНАМІКИ

Абсолютний приріст:

Наступний рівень – попередній рівень ряду

Темп приросту:

$$\frac{\text{Абсолютний приріст за наступний період} \times 100 \%}{\text{Попередній рівень ряду}}$$

Темп росту:

$$\frac{\text{Наступний рівень ряду} \times 100 \%}{\text{Попередній рівень ряду}}$$

Величина 1% приросту:

$$\frac{\text{Абсолютний приріст за даний період}}{\text{Темп приросту за цей же період}}$$

Аналітичне завдання до модуля II: розробити проект “Профілактичні та первинні заходи охорони здоров’я України, Києва та ряду областей”.

Проект має містити такі розділи:

1. Концепція

Пріоритетним напрямом у реформуванні всієї системи охорони здоров’я України визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Це найперспективніший шлях, бо найменш витратний та ефективний. Та й світовий досвід показав, що країни, у яких розвинена сімейна медицина, мають достатньо високий показник якості надання медичної допомоги.

Сімейна медицина — це фізична доступність медичної допомоги населенню, згідно з якою відстань від місця проживання до лікувально-профілактичного закладу не повинна перевищувати 5 кілометрів. Це безперервність медичної опіки для усіх членів сім’ї, нагляд за пацієнтами, які виписались із стаціонарів для продовження лікування за місцем проживання, надання невідкладної допомоги хворим у тяжкому стані, значно ширший спектр медичних послуг, який раніше можна було отримати лише у вузьких спеціалістів і, що найголовніше, — профілактика захворювань і пропаганда здорового способу життя.

Тому нині найбільш актуальною і важливою є розробка і апробація нових правових, економічних та організаційних компонентів моделі первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини. Але окрім розробки механізму впровадження такої моделі, який здійснюється фахівцями, ще більш необхідна освітня робота як серед медиків, так і серед широких верств населення.

2. Мета

Створити модель ефективної системи профілактичних та первинних заходів охорони здоров'я, пристосовану до сучасних соціально-економічних умов.

Це передбачає:

підвищити ефективність надання первинної медико-санітарної допомоги, зробивши медичне обслуговування більш доступним для населення у трьох пілотних регіонах: м. Хмельницькому, Михайлівському, Запорізька обл., та Сакському, АР Крим, районах.

Це дасть можливість:

скоротити звернення до вузьких спеціалістів та послуг лікарні, підвищити якість надання первинних медичних послуг, підняти рівень профілактики захворювань і пропаганди здорового способу життя.

Шляхи досягнення мети:

шляхом втілення нової моделі, в основі якої – навчання фахівців, яка буде підтримана широкою системою інформування та відповідними юридично-фінансовими положеннями, і рекомендована для подальшого впровадження на національному рівні.

Цільові групи:

1. Представники влади всіх рівнів.
2. Лікарі і середній медичний персонал.
3. Засоби масової інформації.
4. Загальне населення.

3. Складові проекту

1. Розробка нової моделі Центрів сімейної медицини:
 - перелік послуг із урахуванням діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів та заходів пропагування здорового способу життя;
 - структура майбутніх Центрів сімейної медицини з урахуванням розташування, укомплектування штатом та обладнанням;

- найбільш придатний механізм фінансування нових центрів;
 - застосування інформаційних технологій для полегшення ведення медичного обліку та статистичних даних.
2. Створення тимчасових юридичних засад, необхідних для втілення розробленої моделі у пілотних регіонах.
 3. Впровадження нової моделі Центрів сімейної медицини у пілотних регіонах.
 4. Розробка освітніх програм і навчальні тренінги для майбутніх сімейних лікарів та медсестер.
 5. Підвищення рівня громадського усвідомлення через:
 - засоби масової інформації, урядові структури та неурядові організації;
 - навчальні програми для пацієнтів з питань пропагування здорового способу життя та профілактики захворювань;
 - роз'яснювальна робота щодо переваг сімейної медицини та ролі сімейних лікарів.
 6. Розробка рекомендацій для впровадження моделі сімейної медицини на загальнодержавному рівні.

ДИДАКТИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Тема 10. Впровадження державних програм в практичну діяльність лікувально-профілактичних установ та закладів

КОНЦЕПЦІЯ

Державної програми “Здорова дитина на 2008–2017 роки”

Загальна характеристика проблеми здоров'я дітей

Однією з найбільш гострих соціальних проблем в Україні є стан здоров'я дітей. Незадовільний стан здоров'я у дитячому віці призводить до порушень здоров'я впродовж усього життя людини, що створює соціальні та фінансові проблеми, негативно впливає на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Стан здоров'я дітей в Україні є незадовільним з тенденцією до зростання захворюваності, поширеності хвороб та інвалідності. Процес депопуляції, який спостерігається в Україні починаючи з 1990 року, набув характеру демографічної кризи, в умовах якої збереження життя і здоров'я кожної дитини набуває надзвичайно важливого загальнодержавного значення. Україна, підписавши у складі 189 країн

світу у 1989 році Декларацію тисячоліття Організації Об'єднаних Націй, якою задекларовано боротьбу з бідністю і розвиток людини як основу для досягнення стійкого соціального та економічного розвитку, зобов'язалась досягти до 2015 р. зниження смертності дітей віком до п'яти років на дві третини порівняно з 1990 роком. Програмним для країн світу став також підсумковий документ спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй у 2002 р. “Світ, сприятливий для дітей”, яким прийнято план дій щодо створення світу, сприятливого для дітей, де чільне місце займають завдання стосовно забезпечення права кожної дитини на життя та охорону здоров'я.

Національним стратегічним документом щодо реалізації державної політики стосовно дітей впродовж останніх 10-ти років була Національна програма “Діти України”, затверджена Указом Президента України від 18 січня 1996 р. №63\96 та її продовження відповідно до Указу Президента України від 24 січня 2001 року №42\2001 “Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми “Діти України до 2005 року”. Інтегрованим результатом виконання Програми стало зниження рівня смертності дітей віком до 1 року на 37 відсотків, проте він перевищує показники розвинених країн світу в 3–5 разів. Проаналізувавши стан виконання Цілей Тисячоліття, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я зазначила, що саме ціль стосовно виживання дітей, критерієм якої є зниження рівня їх смертності, має найменший прогрес і розв'язання цієї проблеми можливо за умови зміни стратегічних підходів до охорони здоров'я дітей шляхом розробки національних програм на основі прийнятої у вересні 2005 р. Європейським регіональним комітетом Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я Європейської стратегії “Здоров'я і розвиток дітей і підлітків”.

Основними проблемами охорони здоров'я дітей є:

- стан здоров'я дітей віком до 1 року та малюкова смертність;
- раціональне харчування;
- захворюваність на інфекційні хвороби;
- поширеність травм та насилля;
- здоров'я підлітків;
- діти-інваліди;
- доступність спеціалізованої медичної допомоги.

Ця концепція визначає мету, основні завдання та засади розроблення Державної програми “Здорова дитина на 2008–2017 роки”

(далі – Програма) як складової формування здоров'я нації та виконання Конвенції ООН про права дитини.

Аналіз причин незадовільного стану здоров'я дітей

Загальні проблеми в галузі охорони здоров'я в сучасних умовах, зумовлені погіршенням демографічної ситуації, негативною динамікою показників стану здоров'я населення на тлі обмеженого бюджетного фінансування галузі, недосконалістю законодавчої бази, яка на сьогодні не забезпечує ефективну діяльність системи охорони здоров'я і потребує кардинальних змін, є актуальними і для охорони здоров'я дітей.

Гострота вказаних проблем саме для системи охорони здоров'я дітей пояснюється:

- відсутністю пріоритетного фінансування заходів щодо охорони здоров'я дітей;
- недостатньою взаємодією усіх органів влади та відомств щодо реалізації державної політики стосовно охорони здоров'я;
- ослабленням в останні роки уваги до реалізації профілактичного напрямку, який в охороні здоров'я дітей повинен бути пріоритетним;
- незадовільною динамікою щодо забезпеченості кадрами насамперед первинної ланки та лікарями саме тих спеціальностей (педіатрами, неонатологами, анестезіологами дитячими), діяльність яких впливає на рівень смертності та інвалідності дітей;
- недостатньою спрямованістю науково-дослідних робіт щодо основних напрямів, які вирішують завдання стосовно виживання та розвитку дітей на основі науково-доказової медицини та медико-економічної доцільності;
- невідповідністю сучасним потребам рівня оснащеності медичним обладнанням та санітарним транспортом закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям і матерям;
- недостатнім рівнем доступності до спеціалізованої медичної допомоги, насамперед дітей, які проживають у сільській місцевості;
- недостатньою інформованістю населення щодо здорового способу життя, раціонального харчування, профілактики інфекційних захворювань, в тому числі тих, що передаються статевим шляхом, збереження репродуктивного здоров'я, тощо.

Основним інтегрованим показником, який відображає стан здоров'я дітей віком до 1 року, є показник малюкової смертності, який використовується світовою громадськістю для визначення рівня соціально-економічного розвитку та ефективності діяльності системи охорони здоров'я в країні. Після 1990 р., коли в Україні було зареєстровано найнижчий рівень смертності дітей віком до одного року (12,8 на 1000 народжених живими), відмічалось зростання показника до 14,9 у 1993 р. з подальшим зниженням до 9,8 у 2006 р., але це дає змогу Україні зайняти лише 120-те рейтингове місце серед країн світу. Серед причин смертності дітей віком до 1 року 70 відсотків становлять причини, які залежать від стану здоров'я матері та доступності і якості медичної допомоги жінці під час вагітності, пологів та новонародженому; 16 відсотків — це причини (нещасні випадки, травми та отруєння, хвороби органів дихання, інфекційні хвороби), які у більшості випадків можна попередити. Про низький рівень доступності до спеціалізованої медичної допомоги свідчить те, що серед усіх дітей, померлих у віці до 1 року, лише половина померла у відділеннях анестезіології та реанімації, 15 відсотків з них померло вдома без надання медичної допомоги, 11 відсотків в умовах центральних районних лікарень, 17 відсотків у пологових стаціонарах, у більшості яких відсутні умови для надання медичної допомоги дітям у критичному стані через відсутність обладнання та підготовлених спеціалістів. Це зумовлює необхідність здійснення заходів, спрямованих на регіоналізацію перинатальної допомоги, термінового вирішення питання щодо дефіциту кадрів, оснащення сучасним обладнанням закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога матерям і дітям, створення умов для транспортування дітей, які знаходяться в критичному стані, шляхом забезпечення спеціальним санітарним транспортом.

Крім медичних причин на смертність дітей впливають і соціально-економічні. Смертність дітей є чутливим показником соціальної нерівності та бідності. Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, діти у країнах з низьким і середнім рівнем достатку мають ризик смерті до досягнення віку п'яти років у 10 разів вищий ніж діти, які проживають в економічно розвинених країнах. На формування показника смертності впливає і рівень освіти та санітарної культури батьків. За даними соціологічних досліджень в Україні лише 28 відсотків батьків, які мають дітей віком до 1 року, вважають за необхідне постійне медичне спостереження за дитиною, а за даними

ВООЗ смертність серед дітей може в 3–5 разів бути вищою у сім'ях з низьким рівнем освіти. Таким чином високий рівень малюкової смертності потребує вжиття заходів щодо соціальної підтримки малозабезпечених сімей з дітьми та тих, що опинились в складних життєвих умовах, підвищення рівня їх інформованості щодо здорового способу життя, створення безпечного для дитини середовища.

Одним із важливих факторів, який впливає на формування здоров'я дитини, є харчування. За даними ВООЗ у 50 відсотків випадків усіх смертей дітей віком до 5-ти років у світі мали місце негативні чинники щодо розладів харчування. Результати соціологічних досліджень в Україні показали, що питома вага виключно грудного вигодовування дітей віком до 6-ти місяців становить лише 6 відсотків. Це негативно впливає на стан здоров'я дитини на початку життя і має негативні наслідки на наступних періодах, сприяє зростанню захворюваності та призводить до збільшення витрат на охорону здоров'я. У зв'язку з цим необхідно вжити заходів щодо створення та розширення мережі закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям і матерям, які відповідають статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини", впровадження критеріїв оцінки фізичного розвитку дитини, рекомендованих ВООЗ. Потребує вирішення питання безоплатного забезпечення продуктами дитячого харчування дітей віком до 2-х років з малозабезпечених сімей та віком до 3-х років, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС. Надзвичайно важливою проблемою є забезпечення раціонального харчування дітей в організованих колективах, розв'язання якої потребує міжсекторального підходу.

Важливим чинником негативного впливу на стан здоров'я дітей є інфекційні хвороби, рівень захворюваності на які в останні роки не має тенденції до зниження і становить у 2006 р. серед дітей віком до 18 років 54,25 проти 53,25 у 2003 р. на 1000 відповідного населення і займає 7 місце в структурі захворюваності. Зростає захворюваність на вірусні гепатити, ВІЛ/СНІД, туберкульоз. В структурі смертності дітей віком до 1 року інфекційні хвороби займають четверте, а дітей віком до 14 років – п'яте місце. Ці причини смерті на сучасному етапі розвитку суспільства і медицини в розвинених країнах світу є такими, що можуть бути попередженими. Найвища питома вага серед причини смертності від інфекційних хвороб належить гострим кишковим інфекціям та менінгококової інфекції. Така ситуація вимагає впровадження принципів організації надання медичної допомоги дітям з

діарейними хворобами, рекомендованих ВООЗ, що дасть змогу попередити більшість випадків смертності та зменшити фінансові витрати на необгрунтовану госпіталізацію. Потребують вивчення причини смертності дітей від менінгококової інфекції, обгрунтування показань щодо впровадження вакцинації проти цієї інфекції. Попередження ВІЛ\СНІДу та туберкульозу у дітей шляхом підвищення поінформованості населення щодо профілактики та ранньої діагностики, створення ефективної етапної системи надання медичної допомоги цим дітям. Покращання матеріально-технічної бази дитячих інфекційних лікарень, приведення у відповідність до сучасних вимог оснащення відділень анестезіології цих закладів.

Однією із причин незадовільного стану здоров'я дітей є травми та насилля. Травми, нечасні випадки та отруєння займають у структурі смертності дітей віком до 14 років перше місце і становлять 26 відсотків, а у підлітків — 65 відсотків. Зростає рівень побутового, дорожньо-транспортного та шкільного травматизму, який можна попередити. Негативний вплив на формування здоров'я, у тому числі психічного, має насилля, жорстоке поводження з дитиною вдома, в навчальних закладах. Це потребує здійснення заходів, спрямованих на попередження травматизму та насилля шляхом створення безпечного середовища для дитини на усіх етапах її життя, активізації діяльності органів місцевого самоврядування щодо інформування батьків з цих питань, соціального супроводу сімей групи соціального ризику.

Підлітковий період характеризується наявністю проблем здоров'я, в основі яких лежить ризикова поведінка. Насамперед це травми, інфекції, що передаються статевим шляхом, в тому числі ВІЛ\СНІД, підліткова вагітність, нездорові форми поведінки підлітків, пов'язані з вживанням психоактивних речовин та алкоголю, раціоном харчування, недостатньою фізичною активністю, а також психічні розлади. За роки незалежності показник захворюваності підлітків зріс в 1,8 раза, в тому числі на хвороби органів крові в 6 разів, сечостатевої системи в 3,5 раза, нервової системи в 2 рази. У зв'язку з цим необхідні заходи щодо формування здорового способу життя, раннього виявлення та попередження проблем психічного здоров'я, захисту від ризикових форм поведінки, включаючи зловживання тютюном, алкоголем, наркотиками, захисту від пасивного куріння, експлуатації та найгірших форм дитячої праці, створення сприятливого середовища у сім'ї та суспільстві. Одним із дієвих заходів подолання зазначених проблем є створення мережі "Клінік, дружніх до молоді", які на сьогодні є лише у

9 регіонах. Потребують уваги питання підготовки спеціалістів у сфері освіти, медицини, правоохоронних органах щодо зміни підходів до роботи з підлітками. Продовжує зростати рівень інвалідності дітей, який становить 191,0 на 10 тис. дітей (у 2005 р. — 177,6). Чисельність дітей-інвалідів віком до 18 років в Україні на 01.01.07 р. становить 168128 (у 2005 р. — 162101). Тобто серед дитячого населення України близько 1,9 відсотка мають статус дитини-інваліда, тоді як за даними Європейської академії по вивченню проблем дитячої інвалідності для країн Центральної та Східної Європи і СНД “нормою” є 2,5 відсотка, і лише при досягненні цього рівня може бути подальша стабілізація чисельності дітей-інвалідів. Зазначено, що чим вищий рівень соціально-економічного розвитку країни, тим вищий рівень дитячої інвалідності. Нижчий від зазначеного показник інвалідності може свідчити про низький рівень діагностики важкої патології у дітей та\або високий рівень перинатальної смертності або смертності в перші місяці життя. Такі причини є актуальними для України. Це свідчить про необхідність підвищення ефективності заходів щодо виявлення хвороб, які сприяють інвалідності дітей. У структурі таких причин провідні місця займають хвороби нервової системи, психічні розлади, вроджені вади розвитку, хвороби ока та придаткового апарату. Впровадження з 01.01.07 р. порядку реєстрації випадків народження та смертності дітей віком до 1 року, відповідно до критеріїв перинатального періоду, згідно з рекомендаціями ВООЗ, та реалізація заходів щодо виживання новонароджених передбачає зростання чисельності дітей-інвалідів. Зазначена ситуація потребує впровадження заходів на основі визначення проблеми дитячої інвалідності не як медичної, а як соціальної, що відповідає сучасному визначенню даної проблеми Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я. Це передбачає внесення змін до чинного законодавства стосовно підходів до встановлення інвалідності, їх соціальної підтримки, розвиток мережі центрів медико-соціальної реабілітації, безоплатне забезпечення медикаментами, санаторно-курортним лікуванням.

Низький рівень доступності до якісної первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги негативно впливає на раннє виявлення захворювань у дітей, зумовлює високі показники смертності та збільшує витрати на охорону здоров'я. Найбільш гострою проблемою це є для дітей, які проживають у сільській місцевості, про що свідчать нижчі показники їх захворюваності та вищі показники смертності порівняно з дітьми, що проживають у містах. З метою

розв'язання цієї проблеми потрібні заходи, спрямовані на подолання дефіциту кадрів у сільських закладах охорони здоров'я шляхом забезпечення їх житлом, надання пільгових кредитів. Потребується здійснення реструктуризації дитячого ліжкового фонду, забезпечення його раціонального використання, переоснащення дитячих закладів охорони здоров'я, розвиток денних стаціонарів.

Оптимальним шляхом, який допоможе розв'язати комплекс причин, що призводить до незадовільного стану здоров'я дітей і підлітків, високого рівня їх смертності, є розроблення та реалізація Державної цільової програми “Здорова дитина” на 2008–2017 роки (надалі Програма), яка повинна бути підготовлена з урахуванням заходів, передбачених Державними програмами “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки” та “Дитяча онкологія на 2006–2010 роки”.

Мета Програми

Метою програми є створення умов, які дадуть можливість дітям і підліткам в Україні повною мірою реалізувати свій потенціал щодо здоров'я та розвитку, зменшити рівень захворюваності та смертності. Це сприятиме здоровому зростанню та розвитку, зниженню захворюваності та смертності не тільки серед дітей і підлітків, а й серед дорослого населення у найближчому майбутньому, зростанню очікуваної тривалості життя.

Шляхи та способи розв'язання проблеми

Для розв'язання проблеми у Програмі необхідно передбачити заходи щодо:

- удосконалення нормативно-правової бази щодо охорони здоров'я дітей;
- підвищення освітнього рівня населення з приводу створення безпечного середовища для дитини, формування та збереження її здоров'я;
- забезпечення раціонального харчування дітей, ефективного оздоровлення;
- реструктуризації дитячого ліжкового фонду відповідно до обґрунтованої потреби, вдосконалення організації спеціалізованої екстреної допомоги дітям;
- удосконалення системи надання первинної медико-санітарної допомоги дітям в умовах розвитку сімейної медицини;

- регіоналізації перинатальної допомоги з метою підвищення рівня виживання новонароджених дітей;
- проведення освітніх кампаній з питань попередження інфекційних захворювань у дітей, травматизму, насилля та жорстокого поводження з дітьми;
- удосконалення підготовки спеціалістів з метою поліпшення якості медичної допомоги дітям;
- подальшого впровадження сучасних підходів до надання медико-соціальної допомоги підліткам;
- поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, де надається медична допомога дітям;
- проведення наукових досліджень з пріоритетних питань охорони здоров'я дітей;
- удосконалення системи медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів, забезпечення їх санаторно-курортним лікуванням;
- формування та впровадження механізму забезпечення дороговартісними лікарськими засобами дітей-інвалідів та хворих на захворювання, що призводять до інвалідизації, доступність до спеціалізованої медичної допомоги.

Досягнення позитивних тенденцій щодо стану здоров'я дітей потребує здійснення розробки та реалізації Програми на основі принципів Європейської стратегії “Здоров'я і розвиток дітей і підлітків”, а саме:

- підходу з точки зору повного життєвого циклу, що передбачає комплексне розв'язання проблем, пов'язаних із здоров'ям на всіх етапах розвитку дитини, та забезпечує формування та критерії для прийняття рішення щодо пріоритетності заходів для кожного з цих періодів;
- забезпечення справедливості, що передбачає першочергове розв'язання проблем малозабезпечених категорій дітей та дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах;
- міжсекторальної співпраці, основою якої є міжгалузевий підхід до розв'язання проблем охорони здоров'я дітей з урахуванням основних детермінант здоров'я;
- залучення громадськості, дітей та підлітків до розробки, реалізації та моніторингу виконання Програми.

Стабілізація економічного розвитку України дасть змогу створити умови для реалізації заходів Програми.

Основні очікувані результати

Виконання Програми сприятиме:

- продовженню очікуваної середньої тривалості життя;
- виконанню міжнародних зобов'язань щодо зниження смертності дітей, визначених у Декларації тисячоліття Організації Об'єднаних націй;
- зменшенню соціальної напруги в суспільстві, пов'язаною з низьким рівнем доступності дітей до якісної медичної допомоги; створенню умов для збереження здоров'я кожної дитини.

У результаті виконання Програми передбачається:

- знизити рівень малюкової смертності на третину;
- досягти рівня виключно грудного вигодовування дітей віком до шести місяців не менше 60 %;
- знизити рівень смертності дітей підліткового віку на 20 %; стабілізувати чисельність дітей-інвалідів до 2,5 % від загальної популяції дітей віком до 18 років згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Фінансове забезпечення виконання Програми

Фінансування Програми планується здійснювати в межах видатків, що передбачаються у державному бюджеті МОЗ, АМН, у бюджеті Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва і Севастополя, а також інших джерел.

Необхідний обсяг фінансування Програми, зокрема з державного бюджету, визначається щороку, виходячи з конкретних завдань та наявності коштів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основна

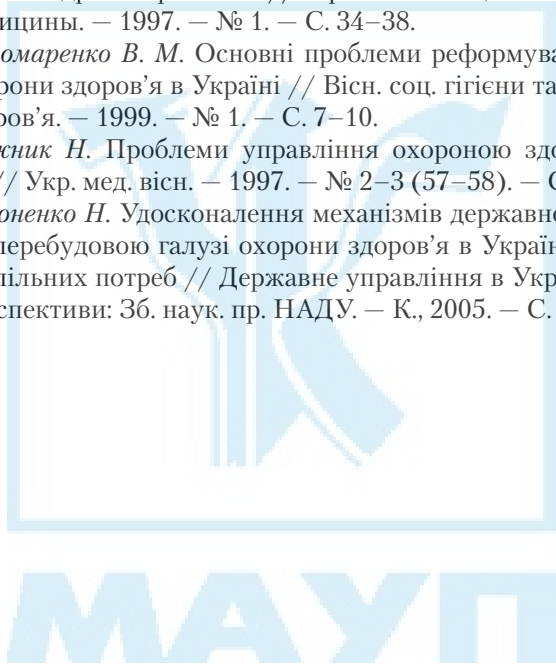
1. Закон України про місцеве самоврядування в Україні // Відом. Верховної Ради України. — 1997. — № 24. — С. 170.
2. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления. — М.: Юрид. лит., 1997. — С. 186–202.
3. Державне управління охороною громадського здоров'я: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. — К.: Вид-во НАДУ, 2004. — 116 с.
4. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения.* — Копенгаген: ВОЗ: Европ. регион. бюро, 1999. — 310 с.

5. *Мартинюк О.* Концептуально-методологічні засади механізмів державного управління міжгалузеву співпрацею з охороною громадського здоров'я // Упр. сучас. містом. — 2004. — № 4 (16). — С. 213–218.
6. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформи системи здравоохранення в Європе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 423 с.
7. *Мартинюк О. І.* Міжгалузева взаємодія з охороною суспільного здоров'я на рівні місцевого самоврядування // Вісник НАДУ. — 2006

Додаткова

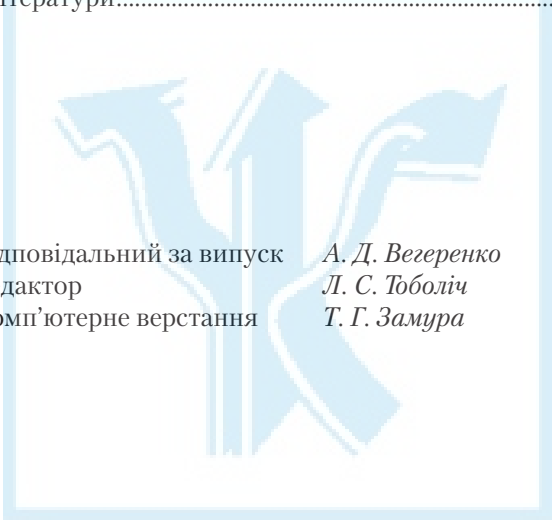
1. *Концепція адміністративної реформи в Україні.* — К.: Центр політ.-прав. реформ; Центр розв. укр. законодавства, 1998. — 62 с.
2. *Бакуменко В.* Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Монографія. — К.: Вид-во УАДУ, 2000. — 328 с.
4. *Бакуменко В.* Державне управління та державно-управлінські рішення: вступ до досліджень // Вісн. УАДУ. — 1999. — № 4. — С. 68–80.
5. *Бакуменко В.* До питання вибору та обґрунтування пріоритетів при формуванні програм та проектів (методологічний аспект) // Вісн. УАДУ. — 1998. — № 1. — С. 146–152.
6. *Тертичка В.* Державна політика як фактор життєдіяльності суспільства // Командор. — 2000. — № 2–3. — С. 20–22.
7. *Тертичка В.* Колективні рішення як фактор державної політики підвищення суспільного добробуту // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 4. — С. 253–259.
8. *Тертичка В.* Корпоративна культура і проблеми впровадження державно-політичних рішень // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 2. — С. 200–208.
9. *Дем'янчук О.* “Державна політика” та “публічна політика”: варіант перехідного періоду // Наук. зап. НаУКМА. — Т. 18: Політ. науки. — 2000. — С. 31–36.
10. *Дігтяр Т.* Аналіз політики: можливості впровадження в Україні // <http://www.icps.kiev.ua/doc/policy-analysis-ukraine-ukr.doc>.
11. *Брус Т.* Аналіз політики і стратегічне прогнозування // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. — Д.: ДФ УАДУ, 2000. — Вип. 2 (2). — С. 167–173.

12. *Тертичка В.* Державна політика в умовах ліберальної демократії: аналіз деяких концептуальних засад // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 3. — С. 273–280.
13. *Романов В.* Державна політика й реформи // Вісн. УАДУ. — 2001. — № 2. — Ч. 2. — С. 72–78.
14. *Ціборовський О.* Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісн. — 1997. — № 1 (56). — С. 37–38.
15. *Щепин О. П., Нечаев В. С.* О государственных механизмах реформы здравоохранения // Проблемы соц. гигиены истории медицины. — 1997. — № 1. — С. 34–38.
16. *Пономаренко В. М.* Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. — 1999. — № 1. — С. 7–10.
17. *Нижник Н.* Проблеми управління охороною здоров'я України // Укр. мед. вісн. — 1997. — № 2–3 (57–58). — С. 40–41.
18. *Солоненко Н.* Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб // Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. — К., 2005. — С. 424–431.



ЗМІСТ

Пояснювальна записка	3
Теми до самостійного вивчення	4
Методичні поради до підготовки тем та завдань	6
Алгоритм статистичної обробки динамічного ряду	13
Методика розрахунку показників динаміки	14
Дидактичні матеріали до самостійної роботи	16
Список літератури	25



Відповідальний за випуск *А. Д. Вегеренко*
Редактор *Л. С. Тоболіч*
Комп'ютерне верстання *Т. Г. Замура*

Зам. № ВКЦ-3645

Підп. до друку 16.01.09. Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Друк ротатійний трафаретний.

Ум. друк. арк. 1,62. Обл.-вид. арк. 1,47. Наклад 50 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»
03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. ХХ

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008*