

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ОПТИМАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ СТАНДАРТ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кіровоградський інститут розвитку людини «Україна»

Пропонується оптимальна модель профілактичних оглядів, реалізація якої сімейними лікарями як організаційного стандарту з використанням рекомендованих критеріїв і нормативів при умові узгодженого в якості нормативного документу буде сприяти підвищенню ефективності вказаного обов'язкового розділу роботи практичних лікарів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: оптимальна модель, організаційний стандарт, критерії і нормативи профілактичних оглядів.

Вирішення проблем ефективності функціонування інституту сімейної медицини зокрема, виконання одного із обов'язкових розділів діяльності сімейного лікаря – профілактичних оглядів населення на сьогоднішній день є вкрай актуальним.

В умовах високої захворюваності та смертності населення України [15;16] пріоритетними щодо розробки видами стандартів в охороні здоров'я науковці вважають стандарти профілактики захворювань і впровадження в межах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) організаційно-економічних механізмів раціонального використання наявних ресурсів охорони здоров'я [6;19].

Після створення необхідної структури ПМСД на засадах сімейної медицини доцільно приділяти увагу іншим складовим моделі ПМСД, без яких вона залишиться майже тією ж старою системою, тільки з новою назвою [9].

Ідеологічною основою нашої оптимальної моделі повинні бути принципи найбільш повного охоплення профілактичними оглядами населення з обов'язковим врахуванням оптимальної технології данної роботи, зрозумілої та загальноприйнятної для усіх зацікавлених сторін – лікарів, експертів, керівників лікувальних установ тощо.

Мета дослідження. Пропонується для розгляду один із доцільних, на наш погляд, варіантів використання організаційного стандарту – оптимальної моделі обліку, аналізу та оцінки результатів такого обов'язкового розділу, як профілактичні огляди в зоні відповідальності амбулаторії сімейної медицини (АСМ). Сімейний лікар міг би використовувати у логічному взаємозв'язку низку нових критеріїв та нормативів, які у відповідності з реальними умовами його діяльності, в межах офіційно визначеного МОЗ штатного розпису та тривалості робочого дня, розміру тарифної ставки слугували б інструментами для об'єктивного аналізу і оцінки якості та ефективності профілактичних оглядів населення.

Матеріали і методи. Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму застосування організаційних стандартів в технології виконання профілактичних оглядів з використанням цільового нормативного прогнозу та аутохронометражу в зоні відповідальності однієї із АСМ м. Кіровограда [7;4;13].

Результати дослідження та їх обговорення. Оптимальна модель профілактичних оглядів – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної АСМ. Вказана модель включає такі технологічні розділи як ідеальний, максимальний, реальний і фактичний організаційні варіанти. Цей стандарт передбачає необхідність планування реальної можливості виконання сімейним лікарем профілактичних оглядів з врахуванням оптимальної технології останніх, розрахунок та порівняльний аналіз яких є необхідною передумовою визначення конкретного обсягу та якості роботи лікаря [11;12;13]. Ефективність вказаного організаційного стандарту в тому, наскільки грамотно сімейний лікар виконує алгоритм практичного використання останнього. Даний стандарт розглядається як нормативний документ, при умові якщо він розроблений на основі згоди при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, який прийнято чи затверджено уповноваженим на те органом [1].

Показник ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ) приймається за 100% і відіграє роль універсального критерія, оскільки визначає максимальну потребу населення в профілактичних оглядах, тобто в нашому випадку обстеження всіх 1389 мешканців в зоні обслуговування АСМ. Цей варіант передбачає розрахунок можливості задовольнити вказану потребу навіть при умові, якщо раптом все населення, здоров'я якого контролює АСМ, по-перше, усвідомить необхідність

профілактичних оглядів як способу виявити захворювання на ранніх стадіях і, по-друге, розуміє, що, відповідно до Конституції України, їм неможливо відмовити в профілактичному огляді.

Загалом, якщо взяти до уваги хоча б економічні аспекти можливості виконання профілактичних оглядів всім мешканцям, то очевидно, що така робота в принципі вигідна і сімейному лікарю, і лікувальним установам другого і третього рівня (раннє виявлення, зменшення терміну і вартості лікування тощо).

У такому варіанті організації роботи, природно, повинні бути зацікавлені перш за все роботодавці і керівники регіону, оскільки всім очевидна перспектива певного економічного ефекту, якщо розглядати кожного своєчасно оздоровленого мешканця, зокрема, як компоненти робочої сили. Даний варіант ідеальний, тому що в наших реальних умовах є практично нездійсненим внаслідок багатьох суб'єктивних і об'єктивних причин. Це і незадовільна організація праці медичного персоналу, і низький рівень охоплення та виявлення хворих в процесі профілактичних оглядів [2;3].

Максимальний варіант оптимальної моделі (МВОМ) передбачає необхідність обстеження всіх із числа декретованого контингенту, який складає в аналізованій нами АСМ 1142 особи, або 82,2% по відношенню до ІВОМ.

Для вирішення питання, за який термін можливо виконати профілактичний огляд вказаній кількості населення, найбільше практичне значення для сімейного лікаря набуває реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ), тому що при створенні оптимальної моделі профілактичних оглядів необхідно приймати до уваги, крім обсягу потреб ідеального та максимального варіантів, і *реальні можливості* в наданні мешканцям аналізованої території якісного обстеження.

Відпрацьовуючи вказану модель, є сенс врахувати необхідність і можливість виконання сімейним лікарем 29 функціональних обов'язків, рекомендованих МОЗ України [8], внаслідок чого, по даним дослідників цього питання [4;9] у сімейного лікаря не вистачає часу на профілактичні огляди, оскільки щорічно понаднормативна витрата робочого часу у останнього більша ніж у 1,6 разу перевищує нормативну тривалість його робочого дня – 7 год 42 хв. Це практично унеможливує якісне виконання сімейним лікарем профілактичних оглядів.

Вищенаведене вказує на доцільність залучення до процесу профілактичних оглядів профільних фахівців регіонального медичного об'єднання.

Якщо поставлена мета проведення профілактичних оглядів з використанням оптимальної технології, то необхідно скористатися хронометражними показниками середньої тривалості одного профілактичного огляду, які рекомендовані фахівцями Кіровоградської обласної лікарні [14]. Відповідно їх даним, у хірурга і геніколога – це 10 хв, у терапевта і педіатра – 13, невропатолога – 11, окуліста – 15, ЛОРа – 8 хв. технологічного часу. На таблиці демонструємо, як приклад, визначення середньої тривалості одного профілактичного огляду у виконанні досвідченим ЛОРом з додержанням оптимальної технології.

Вказана інформація складає основу розрахунку реального варіанту оптимальної моделі (РВОМ) профілактичних оглядів, який враховує реальну можливість сімейного лікаря і профільних фахівців якісно виконувати цю роботу в межах потреб максимального варіанту оптимальної моделі (МВОМ) з врахуванням офіційної тривалості робочого дня і функціональних обов'язків лікарів. Вказані нормативи дозволяють

Таблиця Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профілактичного огляду за профілем «оториноларингологія»

№п/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час (з урахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуванним	30 с	20 с
2	Фарингоскопія	30 с	10 с
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіву)	2 хв	1 хв.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіву)	3 хв	1 хв.
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу, використання оптики та інше)	2 хв	30 с
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв	2 хв
8	Записи в амбулаторній карті	30 с	30 с
	Всього	11 хв 30 с	4 хв 30 с

визначити, що, наприклад, у хірурга є можливість реально планувати на протязі його робочого дня у режимі п'ятиденного тижня – 46 особи (7 год 42 хв:10 хв), окулісту 30 – осіб і т.д.

Оскільки в реальній діяльності сімейного лікаря вказані вище чинники не сприяють виконанню профілактичних оглядів в об'ємі навіть МВОМ, то виникає потреба запровадити так званий фактичний організаційний варіант (ФОВ), тобто визначення фактичних на момент експертної оцінки показників профілактичних оглядів в АСМ.

Показник співвідношення ФОВ та ІВОМ, представлений у відсотках, відповідає суті характеристики одного із основних критеріїв ефективності надання медичної допомоги з точки зору Європейського регіонального бюро ВООЗ, яку озвучив Хану В. [16]. Таким критерієм, на його думку, слід вважати ефективність як показник співвідношення між фактичним впливом діючої служби (в нашому випадку ФОВ), та максимально можливим впливом цієї служби в ідеальних умовах (наш ІВОМ профілактичних оглядів).

Конкретні можливості сімейних лікарів щодо оперативної інформації про обсяги, динаміку та результати профілактичних оглядів в зоні відповідальності АСМ визначаються шляхом порівняння показників вказаних організаційних варіантів, що дозволяє в межах регіону оцінювати ефективність роботи останніх.

З метою вивчення реальної можливості якнайкраще організувати профілактичні огляди в аналізованій нами АСМ з ініціативи Управління охорони здоров'я м.Кіровограда проведена спочатку активна підготовча робота з максимальним використанням СМІ (місцеві газети, радіо, телебачення), подвірні обходи членами домових комітетів щодо інформації населення про необхідність залучення всіх мешканців до обстеження. Потім був виїзд профільних фахівців в цей населений пункт з організацією профілактичних оглядів, лабораторних, флюорографічних та УЗД обстежень протягом п'яти робочих днів [16].

При потребі провести профілактичний огляд всім 1389 мешканцям, за яких відповідає сімейний лікар (наш ІВОМ), побажали обстежитись тільки 318 осіб (наш ФОВ), що становить по відношенню до нашого універсального критерію 23,04%.

Для визначення РВОМ використовуються хронометражні розрахунки витрати робочого часу лікаря на один профілактичний огляд, та тривалості робочого дня останнього. Наприклад, для хірурга, як вже зазначалось, якісне виконання профілактичного огляду займає 10 хв. Якщо відомо, що за 5 робочих днів з метою профілактичних оглядів до нього звернулося 318 осіб, то рахуємо: за один робочий день лікар, який працює в режимі п'ятиденного робочого

тижня (7 год 42 хв) зможе якісно обстежити 46 осіб (462 хв:10 хв), за п'ять днів – 230 осіб. Аналогічний розрахунок показує, що для виконання профілактичних оглядів в межах потреб МВОМ (1389 мешканців) вказаному фахівцю треба реально планувати 30 робочих днів, а для профілактичного огляду декретованого контингенту (1137 осіб) – 25 днів.

Вказаний профілактичний огляд 318 мешканців конкретного населеного пункту виявив 175 захворювань (55,03%). Цей показник може розглядатись як один із критеріїв в процесі визначення професійного рейтингу діяльності сімейних лікарів певного регіону.

Для покращення показника виявляємості при проведенні профілактичних оглядів і з метою зменшення навантаження на лікарів, які беруть участь у цій роботі, є сенс в організації скринінгу населення в зоні відповідальності АСМ, що дозволить виявити так звану групу ризику. Для цього рекомендуються анкети, зміст яких формулюють головні профільні фахівці регіонального управління охорони здоров'я. Як зразок, демонструємо зміст подібної анкети для виявлення оториноларингологічних захворювань.

Вказані анкети заповнюються середнім медичним персоналом АСМ під час подвірних обходів на кожного мешканця населеного пункту. Сформована таким чином група ризику включається в склад декретованого контингенту, тобто МВОМ, і підлягає обов'язковому обстеженню відповідними фахівцями в плановому порядку.

Удосконалення системи організації профілактичних оглядів з врахуванням принципів оптимальної моделі для її максимальної ефективності, на наш погляд, потребує створення і реалізації комп'ютерної програми, яка б передбачала звільнення сімейного лікаря від необхідності неминучих розрахунків вказаних вище показників і суттєво скоротила б аналіз цієї роботи з оцінкою результатів. Така система варта того, щоб облаштувати кожну АСМ регіону комп'ютером для оперативної інформації не тільки щодо профілактичних оглядів. Така програма виключає можливість суб'єктивних оцінок і помилок в розрахунках показників даної роботи і дозволяє одержати необхідну інформацію за певний період (місяць, квартал, рік) для всіх зацікавлених осіб (лікарів, керівників лікувальних установ, держадміністрацію регіону, тощо).

Можливість практичної реалізації рекомендованого алгоритму профілактичних оглядів як цілісного і обов'язкового організаційного стандарту в зонах відповідальності АСМ дозволила б розглядати результати даної роботи у відповідності з принципами доказової медицини.

Порівняльна характеристика конкретних показників профілактичних оглядів, розрахованих

Анкета виявлення ЛОР-захворювань (нявні у вас скарги-підкреслити)

П.І.П.	рік народження
Домашня адреса	домашній телефон
Місце роботи, посада	службовий телефон

ВУХО

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| 1. Виділення з вуха | - із обох, з правого, з лівого |
| | - постійне, періодичне |
| | - до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
| 2. Зниження слуху | - помірне, різке |
| | - на обидва вуха, на ліве, на праве |
| | - до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
| 3. Інші скарги на вухо | - вписати |

ГЛОТКА

- | | |
|--|---|
| 1. Лікарняні листи з приводу захворювання глотки | - 1-2 рази на рік |
| | - більше двох разів на рік |
| 2. Температура при захворюванні глотки | - до 37 ⁰ , до 38 ⁰ , 38 ⁰ та вище |
| 3. Чи мало місце стаціонарне лікування | - так, ні |

ГОРТАНЬ

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Хриплий голос | - до 2-х разів на рік |
| | - більше 2-х разів на рік |
| | - постійно |
| 2. Довготривалість хриплого голосу | - до 2-х тижнів |
| | - більше 2-х тижнів |
| 3. Дискомфорт під час ковтання | - до 2-х тижнів |
| | - більше 2-х тижнів |
| 4. Інші скарги | - вписати |

НІС

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Ніс закладений | - постійно, періодично |
| 2. Виділення з носа | - гнійні, слизові, водянисті |
| 3. Довготривалість хвороби носа | - до 2-х тижнів |
| | - більше 2-х тижнів |
| | - постійно |
| 4. Інші скарги | - вписати |

за допомогою комп'ютерної програми, могла би лягти в основу розробки системи спонукальних стимулів у роботі сімейних лікарів.

Щодо подальших перспектив є доцільним розробити оптимальну організаційну модель інших обов'язкових розділів роботи сімейного лікаря- диспансеризації та амбулаторного і стаціонарного оздоровлення хворих.

Висновки

1. Оптимальна модель профілактичних оглядів – це організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні

кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря.

2. Ідеологічною основою оптимальної моделі профілактичних оглядів є дотримання принципу найбільш повного охоплення населення з обов'язковим використанням оптимальної технології даної роботи, зрозумілої та загальноприйнятої для всіх зацікавлених осіб.

3. Реалізація сімейним лікарем у логічному взаємозв'язку алгоритму принципово нових стандартів, критеріїв і нормативів при умові їх узгодження в якості нормативного документу

дозволяє розглядати результати профілактичних оглядів у відповідності з принципами доказової медицини.

4. Порівняльна характеристика таких технологічних розділів, як ідеальний, максимальний, реальний і фактичний організаційний варіант оптимальної моделі профілактичних оглядів дозволяє одержати об'єктивну інформацію щодо результату роботи сімейного лікаря.

5. Використання вичерпних у нашому випадку способів інформації населення щодо необхід-

ності профілактичних оглядів і бездоганна організація їх проведення в аналізованій АСМ засвідчили низькі показники охоплення населення (23,04%) і високі показники виявлення захворювань (55,03%).

6. Покращення показників охоплення і виявлення захворювань сприяє реалізація скрінінга серед населення в процесі подвірних обходів і виявлення групи ризику захворювань з активним залученням до цієї роботи середнього медичного персоналу.

Список літератури

1. *Голяченко О. М., Стеценко Г. С., Побережний А. І.* [та ін.] Реформа охорони здоров'я в Україні. – Тернопіль, 2006. – 159 с.
2. *Емельянова Г. Ф., Заярский Н. М.* Организационные аспекты совершенствования профилактических осмотров трудящихся промышленных предприятий // *Материалы 2-го Съезда социальных гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины.* Винница, 3-5 октября 1990г. – К.1990 –ч I – с.120-123.
3. *Жилина Ю. В.* Першочергове завдання вдосконалення діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини. / Ю. В. Жилина // *Сімейна медицина*, 2010 (33) №3. – с.11-15.
4. *Коренев М. М., Немірова О. А., Коломієць А. М., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. О., Куц Е. Г.* Обсяги діяльності сімейного лікаря у медичному обслуговуванні сільських дітей і проблеми реформування галузі. // *Сімейна медицина.* – 2008, – №3, с. 34-37.
5. *Коренев М. М., Сулима Т. Н., Пересипкіна Т. В., Костенко Т. А., Кошман Т. В., Шевченко Н. С., Никитина Л. Д.* Системный анализ затрат рабочего времени семейного врача в амбулатории общей практики – семейной медицины Харьковской области. // *Сімейна медицина.* – 2010. – №3 (33), - с. 15-20.
6. *Лехан В. М.* Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. К.: Сфера, - 2002. – 28 с.
7. *Могучая О. В.* Целевое нормирование в медицине и здравоохранении. // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 1993, №10. – с. 18-20.
8. Наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. №303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини.
9. *Ординський В. А., Лашкул З. В.* Світові тенденції в розробці сучасної моделі первинної медико-санітарної допомоги та її перспективи для України. // *Східно-Європейський журнал громадського здоров'я,* – 2010, №1 (9). – с. 195-196.
10. *Самоходський В. Н.* К методике формирования групп повышенного риска заболеваемости раком гортани. // *Труды V Съезда оториноларингологов Украины.* Донецк, 1967, - с. 196-197.
11. *Самоходський В. М.* Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління оториноларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини. // *Автореф. докт. дис.* – Київ, 1994. – 32с.
12. *Самоходський В. Н.* Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград, – 2004. – с. 242.
13. *Самоходський В. М.* Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. // *Вісник соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 2007. – №2, – с. 72-76.
14. *Самоходський В. М.* До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2011, №1, – с. 73-78.
15. *Слабкий Г. О.* Формування у населення здорового способу життя в умовах упровадження сімейної медицини. // *Управління закладам охорони здоров'я.* – 2010, №12, - с. 21-30.
16. *Степанова О.* За что мы так себя не любим. // *Газета «Україна-Центр».* – 2011, №16, – с. 2.
17. *Фаль В.* Заручники благих намірів. // *Ваше Здоров'я,* 2011, №2.
18. *Хану В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания. – ВООЗ, Копенгаген. – 1985. – 177 с.
19. *Ярош Н. П.* Пріоритетні напрямки наукових досліджень феномену державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я. // *Східно-Європейський журнал громадського здоров'я.* 2010, 1 (9), - с. 264 -265.

ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ КАК ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТАНДАРТ ДЛЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

В. М. Самоходский (Кировоград)

Предлагается оптимальная модель профилактических осмотров, реализация которой семейными врачами как организационного стандарта с использованием рекомендованных критериев и нормативов при условии согласованного в качестве нормативного документа будет способствовать повышению эффективности указанного обязательного раздела работы практических врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **оптимальная модель, организационный стандарт, критерии и нормативы профилактических осмотров.**

THE OPTIMAL MODEL OF HEALTH PREVENTION EXAMINATIONS AS AN ORGANISATIONAL STANDART FOR A FAMILY DOCTOR.*Samohodskiy V. M (Kirovohrad)*

The article focuses on the optimal model of health prevention examinations. The implementation of this model by family doctors as organizational standard using recommended criteria and regulations on condition of using quality normative document will promote the effectiveness of the indicated obligatory segment of the work of practicing doctors.

KEY WORDS: optimal model, organizational standard, criteria and regulations of health prevention examinations.

Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко.

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:338.52

*В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)***ВАРТІСТЬ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Вартість вторинної медичної допомоги за умови адекватного розвитку первинного рівня складає на 1000 хворих 23692,9 грн в амбулаторних умовах та 55727,1 грн в стаціонарних. Дані відносяться до 2010 року.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вторинна медична допомога, вартість.

Вторинна медична допомога відіграє одну з провідних ролей в медичному забезпеченні населення. Вона займає поки що більше половини усього обсягу медичної допомоги. Згідно нормативних актів, сюди в основному спрямовуються хворі з первинного рівня. Правда сьогодні, до реформування охорони здоров'я, на вторинну медичну допомогу припадає більшість населення, яка першочергово звертається до фахівців центральних районних і міських лікарень. Як надалі буде йти переоформлення цього потоку, сказати складно, однак сподіватимемось, що воно йти-ме згідно накресленої схеми. В зв'язку з цим, ми виходимо з того, що другий етап медичної допомоги не повинен обіймати більше 15 % від усієї медичної допомоги населенню.

Мета дослідження. Обрахувати вартість медичної допомоги, яка надається на вторинному рівні.

Матеріали і методи. Проаналізована звертальність населення за медичною допомогою на другому рівні, яка піддавалася експертній оцінці.

Обрахунок вартості кожного із захворювань проводився за методикою О. Голяченка і А. Голяченка. Вартість лікування враховувала всі фактори медичної допомоги, а не обмежувалася лише зарплатнею і вартістю витрат на матеріально-технічне забезпечення, як це спостерігається зараз. Треба врахувати, що дані вартості носять конкретний характер. В даному випадку йдеться про 2010 рік. В подальшому вони можуть змінитися, наприклад вартість заробітної платні, матеріально-технічних витрат, медикаментозного забезпечення тощо.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження представлені в таблиці. Із неї випливає, що загальна вартість медичної допомоги на цьому рівні складає: на амбулаторно-поліклінічному рівні на 1000 хворих – 23692,9 грн, а на стаціонарному – 55727,1 грн. З числа хворих на 1000 осіб третину складають хвороби системи кровообігу, за ними йдуть хвороби сечостатевої системи, хвороби нервової системи та органів чуття, далі – хвороби органів травлення та хвороби органів дихання. Таким чином, на ці п'ять класів хвороб припадає май-