

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белков А.Н. Медицинское обеспечение населения в условиях крупных производственных аварий, катастроф и стихийных бедствий // Актуальные вопросы обеспечения пораженных на этапах медицинской эвакуации.-Казань, 1998.- С.7-8.
2. Бурцев А.А., Виноградов А.В. Организация медицинского обеспечения населения при стихийных бедствиях, крупных авариях и катастрофах // Гражданская оборона.- М., 1989.- С.222-241.
3. Вахов В.П., Колос И.В. Психолого-психиатрические проблемы, возникающие в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и других экстремальных инцидентов// Науч.-практ. конф. «Безопасность больших городов»: Тез. докл.- М., 1997.- С.60.
4. Москаленко В.Ф. Системный подход к организации медико-социальной помощи при экологической катастрофе в мегаполисе// Междунар. мед. журн.-1998.-№4.-С.113-115.
5. Основы медицины катастроф/ Под . ред. Н.И. Бондаренко, Е.З. Ковалева.- Донецк: Касмопед, 1998.-366с.
6. Рябочкин В.М. Катастрофы и дети// Специализированная медицинская помощь в экстремальных ситуациях.-М., 1990.-С.77-80.
7. Санитарно-гигиеническое обеспечение населения в зоне стихийного бедствия// Зарубеж. воен. медицина.-1996.-№1.-С.18-21.
8. Смирнов И.А. Организационные аспекты оказания психиатрической помощи пораженным в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций// Медицина катастроф.-1997.-№1.-С.25-28.
9. Чединовских А.Г. О расстройствах астенического круга у пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС// Обозрение психиатрии и мед. психологии.- 1996.-№1-2.-С.76-78.

РЕФЕРАТ

Освещен опыт организации медицинской помощи 600 участникам ликвидации крупной аварии на Диканевских очистных канализационных сооружениях г. Харькова. Показана работа зривпункта, организованного на месте аварии. Подробно освещены диагностические и лечебные мероприятия, проведение которых способствовало ликвидации выявленных у работающих на месте аварии острых соматических и психических состояний и компенсации обострения хронических заболеваний.

SUMMARY

The experience of medical aid rendering to 600 liquidators of a big accident in Dykanievka sewerage of Kharkov is covered. The work of a primary health care center set up at the place of the accident is described. The diagnostic and therapeutic measures which facilitated the elimination of the acute somatic and psychic states and compensation of the chronic diseases exacerbation in the liquidators is covered in detail.

УДК 614.2:312.6

**ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ ТА СТРУКТУРИ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ФОНДІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: СИСТЕМНИЙ ПІДХІД**

В.Л. Таралло

*Буковинська державна медична академія
Центр системних досліджень здоров'я населення
(керівник – доц. В.Л.Таралло)*

Провідною проблемою сьогодення в охороні здоров'я України стало її економічне виживання із збереженням минулих досягнень. Для системи, що була збудована виключно на бюджетних засадах фінансування, на кризовому етапі розвитку держави важливим став пошук джерел її існування при багатих наявних людському, когнітивному та матеріально-технічному ресур-

сах. Утриманська позиція, що досі зберігається у медичній галузі, похідна від десятиріччя стану, в якому вона перебувала у минулому. Стану, за яким медична служба, репрезентована системою специфічних послуг, виступала просто упорядкованим каналом перетворення державних ресурсів на “здоров'я населення” (за вимогами першої!).

Здоров'я взято в лапки тому, що діяльність галузі вкрай обмежено впливає на нього. Воно, як відомо, переважно пов'язане з укладом життя самого населення, його усвідомленим вибором напрямків перетворення власного соціо-екологічного осередку – у створенні бажаних, за його міркуваннями, традицій життєдіяльності у вигляді писаних та неписаних законів взаємовідносин між собою і з навколишнім фізичним середовищем. Вплив галузі на здоров'я обмежений ще тому, що вона, як і будь-яка інша система (за [2]), головним чином, працює сама на себе, і всі показники її власної діяльності саме це підтверджують: в них не існує показників здоров'я, тільки ресурсні. Навіть якщо деякі з останніх заслуговують назви показників здоров'я, то тільки умовно, тому що за ними практично неможливо винести цілісне уявлення як про здоров'я людей певної території, так і про роль галузі у збереженні та покращанні його. До цього ще слід додати той факт, що населення, якому не байдуха безпека власного здоров'я, навіть умовно не залучене до управління ним на рівні відповідних служб. Всі ці концептуальні недоліки в соціальній будові “охорона здоров'я” визначили її віддаленість від населення і його здоров'я.

Ураховуючи наведений, “зовнішній” за змістом, стан сучасної охорони здоров'я по відношенню до здоров'я населення, як і “зовнішність” джерел її функціонування, можна вважати, що провідними “вихідними” її характеристиками виступають “діяльність” і “вплив”. Не зупиняючись на останній, з приводу того, що ціль охорони здоров'я досі фіксована на “ідеалістичному” та “абстрактному” (за [6]) 50-річній давності ВООЗівському понятті “здоров'я”, зосередимо увагу на першій характеристиці – діяльності.

Логічно саме за неї повинно “зачеплюватись” реформування галузі у програмах переходу на проголошені в Україні страхові рейки функціонування. Але відповідний напрям ставить вимогу щодо визначення вмісту поняття “страховий ризик”, пов'язаного з медичним страхуванням населення. Світовий досвід в цих питаннях досить розвинутий, проте він не завжди релевантний до історичного досвіду медичного страхування населення нашої країни, і з цього приводу може бути використаний тільки в окремих схемах розгорнення часткових страхових

послуг в межах лікувально-профілактичних закладів і зовсім не придатний на територіальному і національному рівнях, на що націлюють сучасні концептуальні вимоги ООН і ВООЗ [1,3,4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ.

У дослідженні використано системний підхід до аналізу матеріалів перебігу процесів виживання населення Чернівецької області у 1998 р., оброблених за методами, заснованими на залученні параметрів відповідного закону [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Головним недоліком підходів до визначення на узагальненому рівні інтегрального страхового ризику здоров'ю людей для створення відповідних фондів була відсутність знань про так званий “повний” страховий ризик, за браком надійних контрольних “нормативів” і “еталонів” популяційного здоров'я, які знайдені лише у 1995 році на ґрунті відкритого в Україні закону виживання популяцій [5]. Визначення на законодавчій основі цих контрольних орієнтирів, що реально досяжні в теперішніх умовах існування і укладу життя населення в деяких розвинутих державах світу (до “нормативних” показників вже майже наблизилися Японія і Швеція, за даними 1997 року), вперше створило інформаційно-методичні засади для виміру “повних” ризиків здоров'ю жителів будь-яких територій.

Останні визначаються за розрахунками умовно невикористаного “резерву життя” (років життя) у всіх віко-статевих групах населення шляхом порівняння дійсних параметрів дожиття на конкретних територіях на певному етапі їх соціально-економічного розвитку з відповідними “еталонами” і “нормативами”.

На поданому рисунку наводяться, як приклад, “стартова” (за 1998 рік) крива виживання чоловічого населення Чернівецької області¹⁾ і відповідні оприлюднені [5] “нормативна” і “еталонна”, за використанням яких розраховано “повні” ризики їх здоров'ю за віком і статтю (табл.). За порівнянням перегинів кривих виживання (що подані з 10-річними проміжками) і відповідних до них показників ризику здоров'ю фіксуються певні важливі етапи життя, означаються кінці попередніх і початки наступних. Саме за ними криються реальні соціо-психологічні та екологічні моменти колективного життя в певному середовищі, що відбиваються дискретними ета-

пами виживання на безперервному життєвому циклі поколінь (з яких складається населення). Лінія виживання 1998 р. репрезентує реалізовану композицію взаємних стосунків населення і його соціо-екологічного середовища, системно-узгоджена єдність яких пов'язана із здоров'ям поколінь. Останнє інтегрально відображується у рельєфі, висоті і протяжності проміжків кривої і вимірюється за розрахунками відповідних параметрів. Коливання та перегини чітко, за віком і статтю, окреслюють у певному середовищі (у даному випадку в Чернівецькій області) межі існування покоління новонароджених і, одночасно, його збереженість по відношенню до первісної кількості на різних етапах існування (зрілості) або, в поглибленому системному аналізі, збереженість його інтегрального "ресурсу здоров'я".

"Еталонний", "нормативний" та дійсний перебіг процесів виживання чоловіків-жителів Чернівецької області за віком (за 10-річними проміжками життєвого циклу); розрахунки показників, за якими побудовані криві, проведені за методами, що наведені в [5], за усуненням випадкових значень і з використанням виділеної виключно закономірної частини параметрів таблиць дожиття.

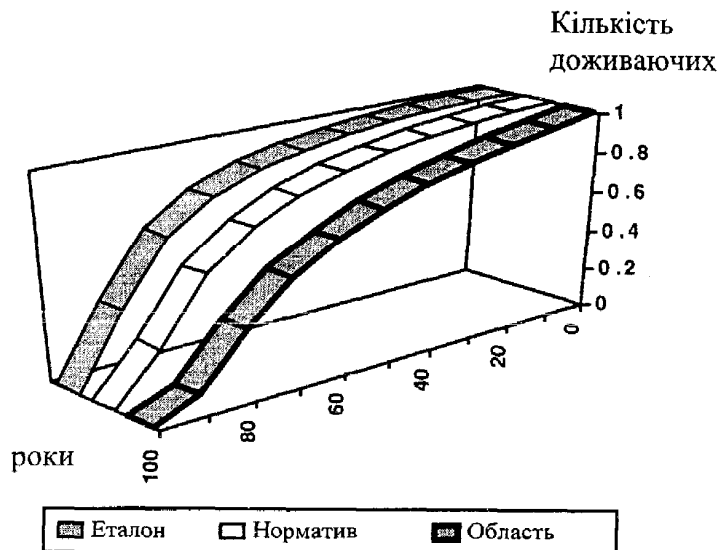
За кривою дожиття 1998 року чітко висвітлюється відмінність "норми" і "дійсності" за віком і статтю. Поглиблений аналіз цієї різниці з визначенням ролі окремих подій і чинників на всіх вікових етапах життя може бути проведений при використанні необхідних матеріалів шляхом накладення кривих перебігу відповідних процесів (з урахуванням часових проміжків їх дії) і співставлення останніх зі спостережуваними (і вимірюваними) на цих же етапах календарного часу характеристиками популяційного здоров'я. У цьому випадку вимірювання тривалості проміжків між вигинами кривої дожиття дозволяє реєструвати час, необхідний населенню у певних умовах життя (ресурсній підтримці) для подолання різних кризових ситуацій і покращання свого здоров'я (його інтегральних показників). Причому величини останніх здатні висвітлити не тільки знання про конкретні кризові ситуації і ризики здоров'ю на окремих проміжках життя поколінь. За ними можна спостерігати конкретний зміст процесів, що переборюються населенням для власного виживання, і фіксувати

втрачений і залишковий "запас здоров'я", що піддається збереженню (саме за останніми визначаються наведені в таблиці вікові ризики здоров'ю) в умовах цільової і структурованої за величиною цих ризиків націленістю діяльності територіальних служб охорони здоров'я на покращання здоров'я підпорядкованого населення. Тобто в наведених кривих репрезентовані не тільки "внутрішні" конфліктні ситуації, але і "зовнішні", небезпечні для стану здоров'я людей, і визначені на їх основі ризики здоров'ю подають одночасно, разом з інформацією про здоров'я, конкретні завдання відповідним службам про бажану спрямованість їх дій, а також їх обсяг (за величинами відхилень реальних показників від контрольних) і їх структурованість (за віком і статтю).

За кривою дожиття 1998 року чітко висвітлюється відмінність "норми" і "дійсності" за віком і статтю. Поглиблений аналіз цієї різниці з визначенням ролі окремих подій і чинників на всіх вікових етапах життя може бути проведений при використанні необхідних матеріалів шляхом накладення кривих перебігу відповідних процесів (з урахуванням часових проміжків їх дії) і співставлення останніх зі спостережуваними (і вимірюваними) на цих же етапах календарного часу характеристиками популяційного здоров'я. У цьому випадку вимірювання тривалості проміжків між вигинами кривої дожиття дозволяє реєструвати час, необхідний населенню у певних умовах життя (ресурсній підтримці) для подолання різних кризових ситуацій і покращання свого здоров'я (його інтегральних показників). Причому величини останніх здатні висвітлити не тільки знання про конкретні кризові ситуації і ризики здоров'ю на окремих проміжках життя поколінь. За ними можна спостерігати конкретний зміст процесів, що переборюються населенням для власного виживання, і фіксувати втрачений і залишковий "запас здоров'я", що піддається збереженню (саме за останніми визначаються наведені в таблиці вікові ризики здоров'ю) в умовах цільової і структурованої за величиною цих ризиків націленістю діяльності територіальних служб охорони здоров'я на покращання здоров'я підпорядкованого населення. Тобто в наведених кривих репрезентовані не тільки "внутрішні" конфліктні ситуації, але і "зовнішні", небезпечні для стану здоров'я лю-

дей, і визначені на їх основі ризики здоров'ю подають одночасно, разом з інформацією про здоров'я, конкретні завдання відповідним службам про бажану спрямованість їх дій, а також їх

обсяг (за величинами відхилень реальних показників від контрольних) і їх структурованість (за віком і статтю).



Середня трендова тривалість життя

| | |
|---------------|---------|
| 1. Еталон | - 80.88 |
| 2. Норматив | - 75.69 |
| 3. По області | - 64.74 |

” Побудована на основі визначення виключно закономірної частини показників таблиць дожиття, складених по реальних повних датах народження і смерті померлих осіб [5].

Представлена формально-логічна конструктивність наведеного системного погляду на чинники ризику дозволяє усвідомити і наголосити, що визначення їх структури паралельно відображує структуру необхідного (бажаного) розподілу наявних територіальних ресурсів, виділених на охорону здоров'я населення.

Безумовно, виключно цільовим використанням асигнувань проблему не вирішити. Застосування даного підходу вимагає також змін у структурі дій самої галузі за віком і статтю населення. Проведення такої функціональної перебудови (головним чином, у медико-соціальной опіці дорослого населення, урахувавши наявну часткову функціональну структурованість служб медичної опіки дітей і підлітків) приведе до створення гнучкої системи охорони здоров'я, релевантної до складу і здоров'я людей та їх виживання в певних середовищних умовах. Це ще більше обґрунтовано тим, що реальні криві виживання несуть у собі ознаки унікальності у просторі і часі, як доведено в [5], тобто вони

притаманні виключно населенню конкретних територій на певному проміжку їх існування (у календарному році).

За цими кривими (і відповідними показниками) рееструються не тільки межі проблем, пов'язаних із здоров'ям населення, що потребують вирішення, але і умови їх вирішення, і відповідна до них стратегія і тактика дій територіальних систем контролю і захисту громадського здоров'я. Крім того, тут слід зазначити, що за ними висвітлюються соціально-організаційні “хвороби” останніх, знання про які дозволяють перейти до формування глибоко змістовної підтримки рішень і заходів, націлених на покращання здоров'я населення.

Зміна під впливом останніх рельєфу, висоти і протяжності проміжків реальних ліній виживання (і відповідних показників ризиків здоров'ю населення) дозволить проводити поточну корекцію заходів і, відповідно, ресурсного їх забезпечення з урахуванням наявних можливостей, а динаміка наближення реальних кривих до

контрольних (з відрахуванням від “стартової”, коли започатковані відповідні дії і облік ресурсів за наведеною схемою) буде сприяти визначенню темпу та етапів досягнення бажаних (планованих

на територіях) інтегральних і часткових показників здоров'я населення з визначенням загального обсягу необхідних для цього ресурсів.

Структура інтегральних медико-соціальних ризиків здоров'ю чоловіків – жителів Чернівецької області за віком (в т. ч. розподілу компенсаційних витрат) – %

| Вік | Ризики здоров'ю (виживанню) – % |
|-------|---------------------------------|
| 0 | 1.18623 |
| 1 | 1.16830 |
| 2 | 1.19615 |
| 3 | 1.12017 |
| 4 | 1.19043 |
| 5 | 1.20197 |
| 10 | 1.19204 |
| 20 | 1.18611 |
| 30 | 1.3877 |
| 40 | 1.21925 |
| 50 | 1.46814 |
| 60 | 1.63417 |
| 70 | 0.71144 |
| 80 | 0.48518 |
| 90 | 0.06235 |
| 100 | 0.00000 |
| Разом | 100.0 |

Представлені методологічний і методичний підходи до визначення “повних” ризиків виживання, засновані на використанні закону виживання населення, сприяють, таким чином, не тільки визначенню структури стратегічних витрат наявних територіальних ресурсів на покращання здоров'я людей, але і їх поточного (річного) обсягу, або, іншими словами, визначенню часових страхових (компенсаційних) “фондів здоров'я”, призначених для поступового покращання стану здоров'я населення як окремих територій, так і країни в цілому.

Цей підхід повністю відповідає всім теперішнім концептуальним підходам ВООЗ у реалізації програми “Здоров'я для всіх до 2000 року” і проголошеної на ХХІ століття програми “Здоров'я кожному” із збереженням історично сформованих у нашій країні принципів охорони здоров'я за політикою і стратегією забезпечення справедливості у доступності медичних послуг (що узгоджуються з відповідною розробкою ВООЗ, за [7]) і принципів рівності в питаннях охорони здоров'я, які також відповідають чинній сучасній ВООЗівській концепції, за [8].

ВИСНОВКИ

1. Запропоновано методологічну і інформаційно-методичну основи визначення обсягу і структури територіальних страхових (компенсаційних) фондів для охорони здоров'я населення.

2. Призупинення спостережуваного в даний час погіршення стану здоров'я населення і перехід до його поступового покращання в Україні можливі навіть у скрутних економічних умовах існування держави і при обмежених ресурсах, що виділяються медичній галузі, з переходом до гнучкої функціонально-організаційної структури галузі з цілеспрямованою витратою асигнувань та інших ресурсів останньої за структурою статевікових ризиків виживання населення.

3. Наукова розробка націлена на поступове створення в Україні релевантної до структури і здоров'я населення організаційно-функціональної системи медичної галузі і корисна для використання на практиці тільки в чинних умовах; діяльність галузі в системі відповідних перетворень стає прогнозованою, контрольованою і ресурсоневитратною.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Информационное обеспечение нового направления деятельности в области общественного здравоохранения на районном уровне: Доклад Комитета экспертов ВОЗ. -Женева: ВОЗ,1995.-С.6-16.
2. Паркинсон С.Н. Законы Паркинсона: Сб./Пер. с англ. -2-е изд. -Минск: ООО "Попурри", 1997. -528 с.
3. Програма дій. -К.: Фонд Народонаселення ООН (UNFPA), 1997. -С.129-139.
4. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН. UYGA 34/58, 1979. // Здравоохранение Рос. Федерации. -1995. -№4. -С. 21-26.
5. Таралло В.Л. Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління. -Чернівці: Чернівець. мед. ін-т,1996.-175 с.
6. Терминологический глоссарий по укреплению здоровья. ВОЗ. Европейское региональное бюро, Копенгаген. -Алма-Ата: Центр ВОЗ по ПМСП МЗ Каз. ССР, 1986. -С.6.
7. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. -Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 1992. -56 с.
8. Whitehead M. Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. -Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное. бюро, 1991. -29 с.

РЕФЕРАТ

В статье представлена теоретическая разработка определения объема и структуры территориальных страховых (компенсационных) фондов для охраны здоровья населения.

SUMMARY

A theoretical elaboration of the volume and structure definition of the territorial insurance (compensatory) funds for population's health protection is presented in the article.