

ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ  
ДИНАМІЧНО ГНУЧКОЇ СИСТЕМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Ключові слова:** здоров'я населення, економіка, управління, охорона здоров'я.

**Резюме.** Дано обґрунтування нового напрямку формування організації і діяльності системи охорони здоров'я – за концепцією „управління здоров'ям населення”.

**Вступ**

Аналіз динаміки здоров'я населення в Україні свідчить про кризу в медико-санітарної допомоги, прояви якої притаманні багатьом країнам світу [1,2,3]. Шляхи її подолання були визначені ВООЗ в концепції міждисциплінарного підходу [4,5], яка робить акцент небажаності децентралізованої форми вирішення проблеми зі створенням на комунальному рівні гнучкої системи охорони здоров'я, узгодженої з динамікою здоров'я населення. Проте досі не існує конструктивних технологій формування відповідних рішень, що призводить до поглиблення кризових явищ із постійним зростанням витрат ресурсодавачів (держави, муніципалітетів, страхових компаній, населення тощо) на медичні послуги [6,7].

**Мета дослідження**

Обґрунтувати необхідність створення умов для реалізації організаційних перетворень в охороні здоров'я людей за концепцією “управління здоров'ям населення” замість існуючої концепції “управління охороною здоров'я”

**МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ**

Матеріалами дослідження стали результати цільових системних досліджень здоров'я населення України з 1976 по 2001 рік. Методологічною основою розробки були власні концепції „управління здоров'ям населення”

в охороні здоров'я [8,9], теорія ризиків [10] та теорія ресурсів [11], методичним забезпеченням були системний підхід [12], адаптований для визначення складових за структурного розподілу ресурсів в охороні здоров'я [13], технологічним засобом був закон виживання популяцій [14], інформаційним забезпеченням стали статеві-вікові ризики здоров'ю і життю [15].

**ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Цільове призначення громадської системи охорони здоров'я, як відомо, полягає в реалізації програм захисту і охорони здоров'я населення. Ураховуючи зазначене, охорона здоров'я населення повинна бути динамічно гнучкою за своєю структурою та активністю відповідно до змін стану здоров'я людей.

Ще в середині минулого століття в СРСР, коли виникли кризові явища в охороні здоров'я, на порядок денний було винесено питання щодо узгодження структури та спеціалізації охорони здоров'я з віком, статтю людей та структурою нозології. Тоді було виділено неонатальну, педіатричну, підліткову, геріатричну, акушерсько-гінекологічну та інші служби. Але ці зміни були частковими, не мали системного характеру і їх наслідки не могли вирішити проблему. На нашу думку, подібні структурні перетворення в галузі охорони здоров'я не повинні ґрунтуватися на штучних

і вольових засадах, їх основою повинен бути глибокий аналіз особливостей територіальних статевих-вікових ризиків здоров'я і життя, з урахуванням чинників Міжнародної статистичної класифікації хвороб (МКХ-10). Тоді динамічної гнучкості внутрішня структура системи охорони здоров'я стає запорукою сталого функціонування самої галузі і гарантованою умовою для сталого покращання здоров'я населення.

Теоретичною основою відповідних перебудов у медичній галузі має бути концепція „управління здоров'ям населення”. Проте досі в організації світових систем охорони здоров'я діє концепція, за якою стрижнем системи вважається діяльність власне галузі охорони здоров'я, а здоров'я населення – вторинною, похідною характеристикою від її діяльності. На цій підставі в медичній галузі проводяться всі розрахунки штатного, ліжкового, матеріально-технічного та іншого ресурсного забезпечення, а чинні ресурсні показники піднесені до основних в оцінці якості та адекватності медичного забезпечення населення. Намагання узгодити ці показники в практиці із спостережуваними показниками здоров'я населення на конкретних територіях зазвичай, як показав досвід, постають штучними і некоректними.

Проведене нами дослідження методологічно ґрунтувалося на інших засадах – на створенні умов для реалізації всіх організаційних перетворень в охороні здоров'я людей за концепцією „управління здоров'ям населення” на відміну від вказаної вище концепції „управління охороною здоров'я”. Останнє, як зазначено вище, спрямоване на управління ресурсами медичної галузі. Пропонований нами підхід – управління здоров'ям населення, спрямований на управління самим населенням, свого способу життя та стану середовища існування. За цим підходом ресурси виступають як інструмент досягнення бажаного здоров'я. Позитивні сторони обох напрямків повинні бути використані й набути взаємодоповнення в системі охорони здоров'я. Це може бути здійснено лише за умови наявності критеріїв ефективності діяльності галузі в термінах, поняттях і одиницях здоров'я населення.

Додамо ще й наступне. У традиційній системі охорони здоров'я (на будь-яких економічних засадах) завжди відбивається конкретне соціально-економічне замовлення - у відповідності з структурою ролей функцій різних верств населення в суспільстві. На відміну від зазначеного концепція „управ-

ління здоров'ям населення” віддзеркалює інший медико-біологічний підхід щодо управління системою охорони здоров'я. За нею реалізується гуманістичний аспект медицини для всіх верств і статевих-вікових груп населення. Це означає, що будь-яка людина або група людей без обмежень їх прав розглядається як головний об'єкт створеного суспільством соціоекологічного довкілля. Отже, у концепції „управління здоров'ям населення” міститься й основа, і стрижень вирішення проголошуваних ВООЗ принципів рівності й справедливості в питаннях медичного забезпечення населення [2,6], конструктивний підхід і успіх вирішення цієї проблеми. Здоров'я, за даною концепцією, постає похідною характеристикою від створеного самим населенням соціоприродного середовища і визначається виключно в погодженому зв'язку з ним тоді. Якщо враховувати, що середовище має фіксовані за територіальною ознакою характеристики (серед яких і якість здоров'я населення), то логічно впливає, що поліпшення здоров'я населення невід'ємне від рішень на цих територіях соціоекологічних та фізико-екологічних проблем. Отже, рішення цих екологічних проблем можливе виключно в погодженому зв'язку зі здоров'ям населення. Це дає можливість стверджувати, що здоров'я населення є стрижнем вирішення соціоекологічних проблем.

У протилежність наведеному, управління охороною здоров'я – тільки організаційний аспект досягнення бажаного стану здоров'я людей, тобто, система охорони здоров'я є тільки засобом та інструментом управління здоров'ям населення. Результат діяльності такого підходу проявиться в конкретних послугах населенню – профілактичних і лікувальних. Проміжний результат проявиться у змісті та напрямках впливу на умови життя, на їх якість, тобто на середовище існування населення, кінцевий результат – у спостережуваних показниках здоров'я населення.

Отже, в управлінні системою охорони здоров'я, коли управління здоров'ям населення явно не виділяється, то воно виявляється прихованим в глибині функціонування його служб, унаслідок чого в управлінні охороною здоров'я відсутній зворотний зв'язок з конкретним станом здоров'я населення.

В управлінні охороною здоров'я керується сама галузь. Пацієнт у ній – тільки елемент. Тому всі фактори управління і керівні дії трактуються в термінах системи охорони здоров'я

(звернення, відвідування, ліжко-дні тощо). У них здоров'я населення завуальоване.

Ціль системи охорони здоров'я та критерії ефективності її служб традиційно репрезентовані в ресурсних термінах, тобто, у діях галузі мова про здоров'я населення йде умовно, але воно в управлінні практично не враховується.

Виходячи із вказаного, дійшли висновку, що управління нинішньою системою охорони здоров'я зумовлює невідповідний (за якісними ознаками) здоров'ю населення механізм роботи галузі, що спричиняє витратну стратегію і механізми функціонування окремих служб, системи в цілому. Саме такій ситуації світова спільнота дала визначення: "криза охорони здоров'я". Це відноситься і до приватної охорони здоров'я. У ній людина власними фінансовими витратами (платоспроможністю) керує власним здоров'ям і системою охорони здоров'я в цілому (управління ресурсами залежить від витрат пацієнтів). У приватній медицині зовні якість послуг і умов їх надання здаються кращими. Але вони також, як і в інших системах, не відповідають стану здоров'я людини і є затратними за змістом діяльності. Окрім того, практика довела, що за таких обставин населенню можуть нав'язуватися непотрібні йому послуги, а це ще одне свідчення того, що „криза” охорони здоров'я відноситься і до приватної охорони здоров'я.

Пропонована нами концепція „управління здоров'ям населення” базується на наступних складових:

1) визнання неподільної єдності населення та середовища його існування як цілісної системи, якій властиві певні якості;

2) проголошення здоров'я населення виключно єдиним критерієм оцінки якості соціально-економічного розвитку територій;

3) визнання того, що здоров'я є результатом неподільного функціонування і розвитку населення та його соціоекологічного середовища, а не формується зусиллями тільки галузі охорони здоров'я;

4) соціальне визнання того, що здоров'я людини (населення) є індикатором якості соціального і природного середовища територій його проживання та населення впливає на стан середовища;

5) визнання факту, що якість громадського здоров'я є результатом соціальної діяльності та профілактичної активності самих людей;

6) піднесення якості здоров'я населення до стрижня системи безпеки держави, стратегії і тактики її соціальної політики.

Наведене теоретичне обґрунтування свідчить, що концепція „управління здоров'ям населення” є найбільш коректним і конструктивним підходом до формування умов для стабільного покращання здоров'я населення і проведення належних організаційних перетворень в охороні здоров'я.

Проте реалізація даної концепції в практиці охорони здоров'я вимагає цільового пошуку показників здоров'я населення, придатних для використання в оцінці якості організації і функціональної діяльності галузі.

Проведені нами відповідні дослідження довели, що такими показниками можуть виступати елементні показники закону виживання популяцій [14]. Доведено, що саме вони інтегрально віддзеркалюють якість взаємодії населення і середовища його мешкання і дозволяють визначити: за яких умов можуть бути досягнені бажані показники здоров'я і тривалості життя (показники якості середовища проживання населення, як показники прояву зовнішньої життєстійкості населення та показники вродженої (внутрішньої) життєстійкості населення).

Переведення цих інтегральних складових у площину традиційних показників захворюваності, смертності і тривалості життя, визначення на їх підставі обсягу невикористаного протягом життя „ресурсу здоров'я”, дозволяє встановити статеві-вікові ризики здоров'ю і життю. Саме ризики і є тими бажаними показниками, які придатні до спільного й узгодженого виміру (невід'ємно від здоров'я і в одиницях здоров'я!) стану населення і якості середовища його існування, у тому числі якості системи охорони здоров'я.

Вказані статеві-вікові ризики віддзеркалюють якісні характеристики ступенів безпеки існування здоров'я. Величини цих показників та їх коливання надають інформацію про статеві-вікові зміни стану здоров'я і водночас про адекватність існуючої системи його захисту та охорони. Межі дії ризиків (за віком) дають знання про простір і тривалість дії, а величини їх значень — про обсяг відхилень від „норми”, „ідеалу”. Така інформація знімає невизначеність і запобігає загрози здоров'ю.

На відповідних статеві-вікових кривих динаміки здоров'я населення впродовж життя чітко відбиваються місце (за віком і статтю) відхилень від здоров'я і величина цих відхилень, як ступінь загрози для адаптації у певному середовищі. Слід зазначити, що показники ризику є динамічно змінюваними і

керуваними характеристиками, їх можна по-сунути в той чи інший бік, або зовсім уникнути на певному проміжку. Саме вони визначають напрям медико-соціальних програм (дій, заходів) при регулюванні здоров'я населення, місце застосування дій (впливу), які мають унікальні і для території, і для населення характеристики. Водночас ризик постає як умова і місце спрямування ресурсів, як основа визначення їх обсягу (за ступенем відхилення). Отже, ці показники постають найважливішими елементами в системі прийняття рішень при управлінні станами і процесами. Виступаючи системним показником здоров'я, вони несуть у собі як позитивну, так і негативну інформацію. Негативну – щодо впливу на здоров'я і позитивну – як чітку і конструктивну основу для дій системи управління. Саме тому вони можуть бути й основою, і джерелом, і одиницею виміру ресурсно-організаційних перетворень в охороні здоров'я в узгодженні зі станом здоров'я населення.

Знаходження цих показників вирішує проблему спільного та узгодженого управління здоров'ям населення і галуззю охорони здоров'я, створює гнучку організаційно-функціональну будову останньої.

Алгоритм визначення будови структури охорони здоров'я на окремих територіях, згідно з наведеними теоретичними та методичними підходами наступний:

1. Визначення обсягу та статеві-вікової структури неповного використання років життя (як "ресурсу здоров'я") шляхом порівняння відповідних показників наявних таблиць смертності населення (трендових) з показниками таблиць смертності, що визнані як "стандарти здоров'я і життя" [8].

2. Визначення за МКХ-10 структури чинників неповного використання "ресурсу здоров'я і життя" у всіх статеві-вікових групах [13].

3. Визначення за таблицями захворюваності і перебігу хвороб [16] структури організаційних заходів, недотримання яких спричиняє зменшення використання населенням його "ресурсу здоров'я і життя".

4. Визначення ризиків неповного використання населенням „ресурсу здоров'я і життя” у всіх статеві-вікових групах за класами МКХ-10 [15].

5. Реструктуризація ресурсів у програмах охорони здоров'я за формулою  $(У+ХУ)$ , де  $Х$  – ризик неповного використання „ресурсу здоров'я і життя”,  $У$  – дійсні характеристики стану і структури ресурсного забезпечення медико-профілактичних програм.

6. Корекція структурно-функціональної будови системи охорони здоров'я населення на основі визначеної структури ресурсів; (проводиться щорічно за результатами моніторингу здоров'я населення).

Поступова позитивна динаміка початкових параметрів здоров'я, за законом виживання популяцій, та ступінь їх наближення до контрольних значень шляхом щорічних перерахувань структури ризиків здоров'ю встановлює бажаний напрям змін в обсязі поточних і стратегічних фондів охорони здоров'я.

Наведена розробка вирішує проблему створення гнучкої системи охорони здоров'я. Реалізація її на практиці створює конструктивні умови для формування в державі: прогнозованої, за плановими цілями; спостережуваної та вимірюваної, з боку здоров'я населення; модифікованої (гнучкої) і ресурсозберігаючої (економічної), за стратегічними ознаками, національної і територіальних систем управління охороною здоров'я.

За наведеною розробкою, система регулювання здоров'ям населення та системою його охорони здійснюється за принципами: у потрібному місті; у потрібний час; у необхідному напрямку; з адекватними ресурсним забезпеченням; з більш точним прогнозуванням результату; з контрольованістю дій (ефекту) впроваджуваних заходів; з контрольованістю ефективності використання виділених ресурсів.

Механізми реалізації пропонованої розробки на практиці мають загальнонаціональні та унікальні територіальні особливості, які піддаються визначенню і врахуванню при розробці гнучких програм та заходів для поліпшення всіх аспектів здоров'я населення нашої країни.

Проведене, на вказаних вище засадах, експериментальне дослідження на матеріалах Чернівецької області довело, що поліпшення здоров'я буковинців за контрольними орієнтирами ВООЗ [5], зокрема середня тривалість життя населення може бути збільшена до 2020 року з 71,6 до 77,1 року або на 7,5 %, у тому числі в чоловіків з 67,1 до 73,9 року (на 10 %), у жінок – з 75,8 до 79,5 року, тобто на 4,9%.

Умови, за якими це може бути здійснено, наступні. Ресурси на охорону здоров'я повинні бути збільшені за цей період по відношенню до 2001 року на обслуговування дитячого населення і підлітків на 5,1 %, на працездатне населення – на 126%, на осіб пенсійного віку – на 118%. За вказаний проміжок часу якість

послуг у системі охорони здоров'я повинна зрости на 29,1% для населення в цілому, у тому числі для чоловіків - на 37,1%, для жінок - на 19,4%. Зазначимо, що наведена форма подання контрольних, очікуваних результатів є бажаною для будь-яких територіальних програм „Здоров'я населення”.

Наведений підхід суттєво відмінний від існуючих, проте він повністю узгоджується із сучасною політикою ВООЗ щодо покращання здоров'я населення і враховує принципи рівності і справедливості в наданні медичної допомоги, інтегрування управлінської інформації та її націленість на дію.

### Висновок

Основою організаційно-функціональних перетворень в охороні здоров'я повинна виступати концепція „управління здоров'ям населення”, яка є базою в технології формування гнучкої, ресурсоекономної та адекватної до здоров'я населення системи охорони здоров'я.

### Перспективи подальших досліджень

Результати наведеної в статті теоретичної розробки у подальшому будуть спрямовані на перевірку їх ефективності на практиці та вдосконалення програм перебудови охорони здоров'я в Україні.

**Література.** 1. *Укрепление здоровья и окружающая человека среда* / Под ред. Э.Е. Мейера и П. Сейнеберна. — Женева: ВОЗ, 1976. — 72 с. 2. *Whitehead M.* Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. — Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1991. — 29 с. 3. *Кризис в области смертности, здоровья и питания. Исследование положения в странах с переходной экономикой: Региональный мониторинговый доклад №2* — Флоренция: Межд. детский фонд развития, 1994. — 116 с. 4. *Здравоохранение и поселения человека.* / Под ред. А.Е. Мартина. — Женева: ВОЗ, 1979. — 68 с. 5. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению ЗДВ, №6.* - Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 2000. — 310 с. 6. *Dahlgren G., Whitehead M.* Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. — Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1992. — 56 с. 7. *Ryan M.* Personalial and the current health crisis // *BMJ.* — 1993. — Vol.306, № 6882. — P. 909-911. 8. *Таралло В.Л.* Здоров'я населення: Інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого

управління. — Чернівці: ЧМІ, 1996. — 175 с. 9. *Таралло В.Л., Тимофеев Ю.О.* До оцінки факторів ризику в практиці охорони здоров'я та наукових дослідженнях // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* — Київ-Тернопіль, 2000. — №3. — С. 31-33. 10. *Таралло В.Л.* Системний аналіз щодо управління здоров'ям населення в регіонах його мешкання. Методичні рекомендації. - Чернівці: ЧМІ, 1996. — 48 с. 11. *Таралло В.Л.* Ресурс-системний показник формування і змін структури охорони здоров'я // *Вісн. морфол.* - 2003. - №9. — С. 433-435. 12. *Тимофеев Ю.О. Таралло В.Л.* Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації // *Хист.* 1993. - №1. — С.72-78. 13. *Таралло В.Л.* Визначення обсягу і структури територіальних фондів охорони здоров'я населення: системний підхід // *Мед. перспективи.* - 2000. — Т.V, №1. — С.94-99. 14. *Таралло В.Л., Горский П.В., Тимофеев Ю.А.* Закон виживання популяцій // *Международный регистр глобальных систем информации.* Рег. №000324.- Шифр 00005.-Код 00015. — Сертификат - лицензия МРПИИИ МАИ СЭС ООН. — Москва, 4.06.1998 г. 15. *Таралло В.Л.* Популяционно-экологические страховые риски здоровью населения: прямые измерители. — Черновицкий гос. мед. ин-т. — Черновцы, 1996. — 11 с.: ИЛ.-Библиогр.: 2 назв. — Руск. — Деп. В ГНТБ Украины 25.01.96, №368 — Ук 96. 16. *Таралло В.Л., Горский П.В., Тимофеев Ю.А., Понушой Е.П.* Углубленный статистический анализ течения и последствий хронических заболеваний для оценки профилактических и лечебных мероприятий. - Кишинэу — Черновцы: ОУС, 1996.-33с.

### ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИНАМИЧЕСКИ ГИБКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*В.Л.Таралло, Ж.А.Ревенко*

**Резюме.** Дано обоснование нового направления формирования организации и деятельности системы охраны здоровья согласно концепции управления здоровьем населения.

**Ключевые слова:** здоровье населения, экономика, управление, здравоохранение.

### ECONOMIC FOUNDATIONS OF FORMING A DYNAMIC FLEXIBLE SYSTEM OF HEALTH PROTECTION

*V.L.Tarallo, Zh.A.Revenko*

**Abstract.** The authors have substantiated a new trend of forming the organization and activity of the system of health protection based on the conception “Administration of the Health of Communities”.

**Key words:** health of communities, economics, administration, health protection.

**Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)**

*Clin. and experim. pathol.* — 2005. — Vol.4, №1. — P.93—97.

*Надійшла до редакції 20.01.2005*