

В.Л. Таралло, П.В. Горський

ДО ВИЗНАЧЕННЯ УМОВ РЕАЛІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ ПОЛІТИКИ ВООЗ ДЛЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО РЕГІОНУ “ЗДОРОВ’Я-21”: БАЖАНІ ЦІЛІ ТА ОРІЄНТИРИ

Буковинська державна медична академія

Резюме. У статті наводяться цілі та показники щодо реалізації в Україні політики ВООЗ для Європейського регіону “Здоров’я – 21” з урахуванням контрольних орієнтирів цього документа до 2020 року.

Ключові слова: управління, здоров’я населення, політика ВООЗ.

Вступ. У попередній публікації [1] ми виклали оригінальну розробку методичних підходів до визначення контрольних параметрів здоров’я населення в Україні за політикою ВООЗ для Європейського регіону до 2020 року “Здоров’я – 21” [8], яка ґрунтується на умовах ВООЗ щодо забезпечення рівності з питань здоров’я. Стаття присвячена оцінці і можливості застосування контрольних орієнтирів програми ВООЗ в умовах України.

Мета дослідження. Визначити провідні орієнтири здоров’я населення України для формування коротко-, середньо- та довгострокових медико-соціальних програм до 2020 року.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження стали динамічні характеристики смертності та основних хвороб, що призводять до смерті населення Чернівецької області. Методичну основу досліджень склав закон виживання популяцій [2] та його провідні параметри: уроджена та зовнішня життєстійкість поколінь, гранична біологічно-видова тривалість життя.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що покращання громадського здоров’я може бути забезпечено за умов спрямування соціально-медичних заходів на підвищення внутрішньої і зовнішньої життєстійкості населення (а та g) за законом виживання популяцій [3]. Нами у свій час було визначено світові “еталонні” і “нормативні” значення цих параметрів [4, 5]. За ними “нормативна” загальна середня тривалість життя сягає 79,1 року, “еталонна” – 85,8 року, у тому числі для чоловіків “нормативна” – 75,7 року, “еталонна” – 80,9 року, для жінок: 82,5 року – “нормативна” і 89,4 року – “еталонна”.

Наведені еталонні значення середньої тривалості життя істотно вищі, ніж наявні тепер у розвинених країнах світу [6]. Отже, вони можуть виступати орієнтирами лише на досить віддалену перспективу. Водночас, нормативні показники близькі до дійсних у розвинених країнах і прийнятні для України. Що ж стосується контрольних “нормативних” показників малюкової смертності, відповідних до “нормативної” середньої тривалості життя (табл.1), то вони в 32,6 раза нижчі за

Таблиця 1

“Еталонні” та “нормативні” значення малюкової смертності і середньої тривалості життя при народженні

Показники	Категорія населення	Населення в цілому	Чоловіча стать	Жіноча стать
Малюкова смертність на 1000 новонароджених живими “еталонна”		0,06	0,07	0,05
Малюкова смертність на 1000 новонароджених живими “нормативна”		0,43	0,39	0,46

середньоукраїнський показник (за офіційними статистичними даними [7]) і в 16,3 раза нижчі, ніж у розвинених країнах світу [6].

Таке різке зниження малюкової смертності в Україні на сучасному етапі розвитку суспільства неможливе, оскільки основну частку в структурі її причин складають уроджені вади розвитку, хромосомні аномалії (69,4% – в цілому, 70,6% – для дівчаток і 68,4% – для хлопчиків) [7]. Ефективних практичних засобів нівелювання їх наслідків сучасною медициною поки що не знайдено. Тому, якщо вважати середньоукраїнський показник смертності рівним 15,0 на 1000 живонароджених, виходить, що за рахунок ліквідації всіх інших причин смертності цей показник можна довести до $(15 \times 0,694)$, тобто, до 10,4 на 1000 живонароджених. ВООЗ пропонує довести цей показник до 10,0 на 1000 живонароджених. Саме останню величину і належить вважати бажаною для України. З іншого боку, нормативні значення середніх тривалостей життя для чоловіків, жінок і населення загалом є цілком досяжними, оскільки з таблиць смертності, складених авторами дослідження для Чернівецької області за даними перепису населення 1989 року і даними про смертність за 1989-1990 роки, випливає, що нормативна тривалість життя населення, в цілому, в цей період була перевищена у двох сільських районах – Кіцманському та Сокирянському, а окремо за статтю: у чоловіків – у тих же районах, у жінок – у Кіцманському районі [5]. Виходячи з цього, скоректована таблиця орієнтовних бажаних значень малюкової смертності і середньої тривалості життя при народженні може мати, з урахуванням побудованих за реальними даними таблиць смертності, такий вигляд (табл.2):

Таблиця 2

Орієнтовні бажані (“нормативні”) значення малюкової смертності і середньої тривалості життя при народженні

Категорія населення		Населення в цілому	Чоловіча стать	Жіноча стать
Показники	Малюкова смертність на 1000 народжених живими	Бажана	<6,21	<7,98
	Реальна	6,21	7,98	4,34
Середня тривалість життя при народженні	Бажана	79,10	75,69	82,53
	Реальна	71,12	66,67	75,25

У політиці ВООЗ [8] результати, яких бажано досягти в ході реалізації програм солідарної діяльності охорони здоров'я, сформульовано у вигляді контрольних показників відносного зниження смертності та інвалідності і відносного зростання середньої тривалості життя у певних вікових групах.

Внаслідок однозначно прямого зв'язку величин традиційних показників (малюкової смертності та середньої тривалості життя) з параметрами закону виживання популяції цих орієнтирів разом з даними про поточну структуру населення і вікову структуру смертності (навіть без деталізації причин) цілком достатньо для визначення бажаної динамічної структури компенсаційних витрат суспільства і галузі охорони здоров'я на покращання стану громадського здоров'я [4]. При цьому попередні висновки щодо шляхів і умов досягнення певних конкретних результатів можна зробити, ґрунтуючись на наявному розподілі смертності “за причинами”, “основним захворюванням” і “супутніми хворобами”.

Нами проведено аналіз розподілу смертності в різних вікових групах, а також за статтю для Чернівецької області, її адміністративних районів і міста Чернівці за період з 1 січня 2000 року по 31 грудня 2001 року. Обробка проводилася не за безпосередніми причинами смерті, а за діагнозом основного захворювання, оскільки саме основні захворювання є першопричинами смерті, а безпосередні причини смерті (за якими традиційно проводиться аналіз) – кінцевими наслідками цих хвороб. Наприклад, при розгляді смертності внаслідок дії зовнішніх чинників як “основні захворювання” ми брали саме ці чинники, тобто травми внаслідок нещасних випадків на виробництві, транспорті, у домашніх умовах і на відпочинку, вбивства, самогубства, отруєння алкоголем, токсичними і наркотичними речовинами, лікарськими засобами. Як першопричини смерті з-поміж інших розглядали також деякі нервові і психічні захворювання, як дитячий церебральний параліч, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз, епілептичні стани, в тому числі спровоковані вживанням алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, різно-

манітні психози, делірії та деменції, тощо. Аналіз зроблений для населення в цілому, а також окремо для чоловіків та жінок за такими віковими групами: 0-17 років, 18-65 років, 66-80 років та старше 80 років (застосований віковий розподіл відповідає використаному ВООЗ при проголошенні контрольних показників [8]). Стислі результати аналізу, який проведено методом суцільної вибірки, наступні.

У віковій групі 0-17 років для населення в цілому, причини смерті за значущістю розташувалися в такому порядку: зовнішні чинники, уроджені вади розвитку, хромосомні аномалії, деякі стани, що виникають у перинатальному періоді, хвороби дихальної системи, новоутворення, нервові та психічні хвороби, хвороби, не виділені при даному аналізі, інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби системи кровообігу, хвороби крові та кровотворних органів. Для осіб чоловічої статі у цій віковій групі розташування причин смерті за значущістю таке: зовнішні чинники, хромосомні аномалії, деякі стани, що виникають в перинатальному періоді, хвороби дихальної системи, новоутворення, інфекційні та паразитарні хвороби, нервові та психічні хвороби, хвороби, не виділені при даному аналізі. Для осіб жіночої статі розташування причин смерті за значущістю наступне: зовнішні чинники, хромосомні аномалії, деякі стани, що виникають у перинатальному періоді, хвороби, не виділені при даному аналізі, нервові та психічні хвороби, хвороби дихальної системи, інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби системи кровообігу, хвороби крові та кровотворних органів.

Найбільш істотні відмінності між особами чоловічої і жіночої статі в цій віковій групі спостерігалися у захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, нервові та психічні хвороби, хвороби дихальної системи. Встановлено, що осіб чоловічої статі у віці 0-17 років помирає у 1,46 рази більше, ніж жіночої.

У віці 18-65 років для населення, в цілому, серед причин смерті на перші місця вийшли хвороби системи кровообігу, хвороби крові та кровотворних органів, новоутворення, а також зовнішні чинники і хвороби, що не були виділені при даному аналізі. Далі йшли такі причини: хвороби дихальної системи, інфекційні та паразитарні хвороби, нервові та психічні хвороби. Хромосомні аномалії та деякі стани, що виникають у перинатальному періоді, займали останні місця. При цьому сумарна частка перших п'яти класів у загальній структурі смертності становила 79,75%.

Найбільш істотні відмінності між чоловіками і жінками в цій віковій групі спостерігалися лише у смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, зовнішніх чинників та хвороб дихальної системи. Спостережувана відносно більша розповсюдженість новоутворень серед жінок у цьому віці, як ми вважаємо, була пов'язана, головним чином, з виконанням ними репродуктивних функцій (злаякісні новоутворення статевих органів) і функцій вигодовування потомства (злаякісні новоутворення молочних залоз). Загалом у цій віковій групі жінок помирало у 2,16 рази менше, ніж чоловіків.

Вирішальну роль у структурі смертності у віці 66-80 років відігравали (у порядку значущості) хвороби системи кровообігу, новоутворення і хвороби дихальної системи (у сумі – 96,0% всіх випадків смерті для населення в цілому, 95,6% – для чоловіків і 96,3% – для жінок). У цій віковій групі чоловіків помирало в 1,2 рази менше, ніж жінок.

У віковій групі старше за 80 років провідні чинники смертності розташувалися за значущістю так: хвороби систем кровообігу, крові і кровотворних органів, дихальної системи, новоутворення. Вони становили 97,4% всіх випадків смерті для населення в цілому, 98,9% – для жінок і 96,9% – для чоловіків. За наведеними причинами чоловіків у цій віковій групі помирало у 2,07 рази більше, ніж жінок.

Зазначимо, що відносна частка смертності внаслідок дії зовнішніх чинників у всіх вікових групах серед чоловіків більша, ніж серед жінок: у віковій групі 0-17 років – в 1,2 рази; у віковій групі 18-65 років – у 2,4 рази; у віковій групі 66-80 років – у 1,4 рази; у віковій групі старше 80 років – у 2,9 рази.

З поданого аналізу випливає, що: у всіх без винятку вікових групах “чоловіча” частка смертності внаслідок дії зовнішніх чинників істотно більша за “жіночу”. Більш того, підвищену відносну частку “чоловічої” смертності в порівнянні з “жіночою” від новоутворень і хвороб дихальної системи слід розглядати як прямий наслідок дії зовнішніх чинників, тобто зовнішня життєстійкість чоловіків менша за жіночу ($\gamma_{\text{ч}} < \gamma_{\text{ж}}$); у віковій групі 0-17 років сумарна відносна частка смертності внаслідок уроджених вад і станів, що виникають у перинатальному періоді, в осіб жіночої статі більша, ніж у чоловічої, тобто, вроджена життєстійкість осіб чоловічої статі завжди більша за жіночу ($\alpha_{\text{ч}} > \alpha_{\text{ж}}$); з наближенням віку до граничного

загальна жіноча смертність спочатку зрівнюється з чоловічою, а потім і переважає її так, що сумарна кількість померлих у всіх вікових групах жінок приблизно дорівнює сумарній кількості померлих чоловіків. Це дає підставу вважати, що процеси природного старіння у чоловіків і жінок проходять приблизно однаково, тобто можна стверджувати, що величини граничної тривалості життя у чоловіків і жінок майже не відрізняються ($x_{ov} = x_{om} = x_o$).

З метою узгодження отриманих результатів з бажаними результатами для Європейського регіону за політикою ВООЗ “Здоров’я-21” нами розглянуто “матрицю орієнтирів” щодо зниження показників смертності у віковому інтервалі 0-65 років, побудовану відповідно до цього документа. Вона мала такий вигляд (табл. 3):

Таблиця 3

Пропоновані ВООЗ орієнтири щодо зниження смертності від конкретних чинників

Класи, за МКХ-10	I	II	III+IV	V+VI	X	XIX+XX
Відносна частка зниження смертності по відношенню до наявної (%)	40	15	40	33	40	50

У політиці ВООЗ “Здоров’я-21” прямі орієнтири вказано по класах: II – новоутворення, III+IX – хвороби системи кровообігу, крові і кровотворних органів, XIX+XX – зовнішні чинники. Прямих орієнтирів щодо зниження смертності, спровокованої або спричиненої нервовими і психічними хворобами немає, окрім випадків смерті, зумовлених самогубством, і випадків смерті внаслідок вживання наркотичних та психотропних засобів. У першому випадку пропонується частка зниження смертності дорівнює 30%, у другому – 50%. Нами прийнято за основу розрахунків для прогнозування і побудови відповідних моделей показник 30%.

У документі “Здоров’я-21” немає також прямих орієнтирів по зниженню смертності від інфекційних та паразитарних хвороб і розповсюдженості їх, за винятком малярії, поліомієліту, уродженої краснухи, уродженого сифілісу та СНІДу. Щодо таких хвороб, як туберкульоз, діарейні інфекції та гострі респіраторні інфекції, то їх поширеність, а, отже, і смертність від них, суто декларативно пропонується “невпинно знижувати”. Але враховуючи, що вчасно не вилікувані туберкульоз та ГРЗ призводять до смерті від легенево-серцевої недостатності, нами було прийнято за загальний показник зниження смертності від хвороб, віднесених до класу I, величину 40%.

Виходячи з того, що середню тривалість життя після 65 років пропонується збільшити на 20%, і ґрунтуючись на наближеній формулі зв’язку між коефіцієнтом смертності і середньою очікуваною тривалістю життя у старших вікових групах, встановлено, що смертність у вікових інтервалах старше 65 років можна зменшити приблизно на 17%. Тоді, використовуючи отримані дані, можна розрахувати кількість осіб, яку можна зберегти в Україні щорічно (по відношенню до поточного рівня смертності) в різних вікових групах за умови досягнення вказаних у табл. 3 показників.

З табл. 4 видно, що досягнення запропонованих ВООЗ на 2020 рік орієнтирів дозволить зберегти щорічно 21,99% населення, в тому числі 24,40% чоловіків і 19,59% жінок. При цьому найбільший відсоток населення буде зберігатися в дитячому і підлітковому (0-17 років) та в працездатному (18-65 років) віці. Така кількість збережених осіб за віком та статтю можлива, головним чином, при усуненні зовнішніх чинників смертності. Однак із цієї ж таблиці видно, що для подолання негативних наслідків старіння нації необхідно стимулювати народжуваність.

Виходячи з вищесказаного, можна запропонувати такий порядок визначення бажаної динамічної структури ризиків здоров’ю населення і адекватної до неї структури компенсаційних витрат суспільства та галузі охорони здоров’я:

1) розробити для кожного регіону України таблиці смертності за реальними даними про смертність, народжуваність і структуру населення;

2) виходячи з них, розрахувати наявні значення параметрів закону виживання – α і γ ;

3) за визначеними орієнтирами зниження смертності внаслідок дії окремих чинників провести розрахунки вікових коефіцієнтів смертності і за ними побудувати скоректовані таблиці смертності;

Потенційна кількість збережених осіб (протягом року)

Вікова категорія	Разом	Чоловіків	Жінок	Відсоток зниження смертності		
				Разом	Чоловіків	Жінок
0-17 років	37	24	13	28,91	31,58	25
18-65 років	1156	822	334	24,62	34,21	29,98
66-80 років	866	393	473	17,00	16,96	17,03
Старше 80 років	465	151	314	17,03	16,92	17,03
Перевищення кількості людей літнього і старечого віку над працездатним населенням за числом збережених осіб	175	-278	453			
Підсумок по всіх вікових категоріях	2524	1390	1134	21,99	24,40	19,58

4) розрахувати бажані значення параметрів процесу виживання;

5) побудувати бажану динамічну структуру ризиків здоров'ю населення і визначити за нею адекватну бажану динамічну структуру компенсаційних витрат суспільства і галузі охорони здоров'я на покращання стану індивідуального і громадського здоров'я.

Щодо питання про те, який граничний вік брати при проведенні розрахунків, то ми пропонуємо, як і раніше, вважати його рівним 101 року [3]. Поділ граничного віку на "чоловічий" і "жіночий" з точки зору закону виживання не має сенсу, оскільки крива виживання в точці $x=x_0$ має горизонтальну дотичну і, отже, може бути плавно продовжена від "чоловічого" граничного віку до "жіночого".

Висновки. 1. Проголошена ВООЗ для Європейського регіону політика "Здоров'я-21" є реальною програмою щодо покращання здоров'я населення України у XXI столітті.

2. Практична реалізація цієї програми при створенні належних соціально-економічних умов призведе до щорічного збереження в Україні 21,9% населення, в тому числі 24,4% чоловіків і 19,5% жінок.

3. Найбільший відсоток населення збережеться в дитячому і підлітковому (0-17 років) та в працездатному (18-65 років) віці, що створює кадрові передумови для реформування економіки України.

Виконане дослідження визначає, що для перетворення наявних у державі матеріальних ресурсів на ресурс здоров'я і життєстійкості населення необхідна певна державна стратегія солідарної діяльності охорони здоров'я. Основними передумовами її реалізації повинні стати: а) усвідомлення суспільством того, що кожна людина, незалежно від її можливостей, здібностей, соціально-економічного статусу, рівня статків і стану здоров'я, являє собою абсолютну гуманітарну цінність; б) усвідомлення суспільством і працівниками галузі того, що заходи по забезпеченню індивідуального і суспільного здоров'я повинні здійснюватися на всіх етапах життєвого циклу індивіда і популяції; в) усвідомлення кожним з партнерів економічної і діяльності охорони здоров'я в Україні не лише для конкретних індивідів і для суспільства в цілому, але і як однієї з необхідних передумов успішного функціонування "власної" сфери діяльності; г) неухильне проведення в житті принципу пріоритету життя і здоров'я людини над результатами її економічної або будь-якої іншої діяльності та пріоритету екології над економікою; д) поступове створення в суспільстві таких відносин солідарності і партнерства, які б забезпечували справжню рівність його членів у питаннях здоров'я і виключали будь-яку суспільну дискримінацію людини й утиск її прав за станом здоров'я.

Література. 1. *Таралло В.Л., Горський П.В.* До визначення умов реалізації в Україні політики ВООЗ для Європейського регіону "Здоров'я-21": методичні підходи // Бук.мед.вісник – 2003. – Т.7 – №2. – С.176–179. 2. *Таралло В.Л., Горський П.В., Тимофеев Ю.А.* Закон виживання популяції. Зареєстрований в Міжнародному Регистрі Глобальних Систем Інформації. Регистрац. номер №000324. Шифр 00005. Код 00015. Сертифікат-лицензія Міжнародної регистраційної палати інформаційно-інтелектуальної новизни МАІ, СЭС ООН, Москва. 4.06.1998г. 3. *Таралло В.Л.* Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління. – Чернівці: ЧМІ, 1996. – 175 с. 4. *Таралло В.Л., Горський П.В.* Еталонна модель дожиття. Зареєстрований в Міжнародному Регистрі Глобальних Систем Інформації. Регистрац. номер №000327. Шифр 00014. Код 00015. Сертифікат-лицензія Міжнародної регистраційної палати інформаційно-

интеллектуальной новизны МАИ, СЭС ООН, Москва. 4.06.1998г. 5. *Tarallo V.L., Gorskiy P.V.* Медико-соціальна оцінка якості регіонів мешкання населення: Методичні рекомендації.– Чернівці: ОУС, 1996.– 42 с. 6. *Качинський А.П., Пирожков С.І., Хміль Г.А.* Оцінка і аналіз фонових ризиків смертності в Україні /Серія “Екологічна безпека”.– К.: НІСД, 1998.– В.4.– 67 с. 7. Чернівецька область. Населення 2000: демографічний щорічник.– Чернівці, 2001.– 48 с. 8. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению ЗДВ, №6.– Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999.– 310 с.

**IDENTIFYING CONDITIONS FOR EFFECTUATING WHO'S POLICY
FOR THE EUROPEAN REGION – “HEALTH –21” IN UKRAINE: DESIRED
OBJECTIVES AND LANDMARKS**

V.L. Tarallo, P.V. Gorskiy

Abstract. The article deals with approaches to identifying conditions for effectuating in Ukraine of WHO's policy for the European region – “Health – 21” with regard for appropriate control landmarks of health of communities for 2020.

Key words: management, health of communities, WHO's policy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald.– 2003.– Vol.7, №3.– P.155–160.

Надійшла до редакції 17.01.2003 року
