



МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

2013

4⁽⁶¹⁾



МЕДИЦИНА

СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

№ 4 (61), 2013

Медицина сьогодні і завтра

Науково-практичний журнал
Періодичність видання – 4 рази на рік
Заснований у вересні 1998 р.

**Засновник, редакція та видавець –
Харківський національний
медичний університет**

Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу ЗМІ
КВ № 16433-4905ПР від 21.01.10
Журнал віднесено до наукових фахових
видань України в галузі медичних наук
(додаток до постанови президії ВАК
України від 10.03.10 № 1-05/2)

Редактор *Л.В. Степаненко*
Комп'ютерне верстання *Л.К. Сокол*

Адреса редакції та видавця:
61022, Харків, пр. Леніна, 4
Тел. (057) 707-73-00
e-mail: ekm.kharkiv@mail.ru

Свідоцтво про внесення до Державного
реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 3242 від 18.07.08

Номер рекомендовано до друку
Вченою радою ХНМУ
(протокол № 18 від 21.11.13)

Підписано до друку 22.11.13
Ум. друк. арк. 16,25
Сбл.-вид. арк. 17,50
Формат 60×84 1/8. Папір офс. Друк. офс.
Тираж 500 пр. Зам. № 14-3153

Надруковано у редакційно-видавничому
відділі ХНМУ

© Медицина сьогодні і завтра.
ХНМУ, 2013

Головний редактор *В.М. ЛІСОВИЙ*

Перший заступник головного редактора
В.А. Капустник

Заступники головного редактора:
*В.В. Бойко, Л.В. Журавльова, Т.В. Звягінцева,
В.В. М'ясоєдов, Ю.В. Одинець*

Відповідальний секретар *О.Ю. Степаненко*

Редакційна колегія

*І.В. Завгородній, С.В. Кузнєцов, В.А. Огнев,
Р.С. Назарян, О.В. Ніколаєва, Л.В. Подрігало,
В.М. Синайко, І.В. Сорочкіна, І.А. Тарабан,
І.О. Тучкіна*

Редакційна рада

*Ю.Г. Антипкін (Київ), О.Я. Бабак (Харків),
С.Ф. Багненко (Санкт-Петербург, Російська Федерація),
О.М. Біловол (Харків), Р.В. Богатирьова (Київ),
О.Ф. Возіанов (Київ), П.В. Волошин (Харків),
М.П. Зоронцов (Харків), О.Я. Гречаніна (Харків),
В.М. Ждан (Полтава), Н.І. Жернакова (Белгород,
Російська Федерація), В.К. Івченко (Луганськ),
О.М. Ковальова (Харків), М.О. Корж (Харків),
В.С. Коробчанський (Харків), Л.Г. Краєчун (Харків),
В.І. Тупальцов (Харків), В.Д. Марковський (Харків),
С.Ю. Масловський (Харків), В.В. Ніконов (Харків),
В.О. Ольховський (Харків), М.І. Пилипенко (Харків),
М.Г. Проданчук (Київ), Л.Г. Розенфельд (Київ),
Данієла Стрітт (Кройцлінген, Швейцарія)*

Огнев В.А., Галичева Н.А., Галичева А.С.
Оценка школьниками параметров качества
жизни и их успеваемость

Ognev V.A., Galicheva N.A., Galicheva A.S.
Evaluation of quality of life parameters stu-
dents and their academic performance 238

Таравнех Ш.Д., Табачникова В.С., Кожы-
на Г.М., Маркова М.В. Сучасний погляд на
феномен дезадаптації стоматологічних
хворих

Taravnech Sh.D., Tabachnikova V.S., Kozhy-
na A.M., Markova M.B. Modern view of the
phenomenon of maladjustment dental patients 243

Таралло В.Л., Горский П.В. Методические
основы реализации комплексных оздорови-
тельных программ на принципах равенства,
партнерства и солидарности

Tarallo V.L., Gorsky P.V. Methodical founda-
tions of implementing complex health – improv-
ing programs on the principles of equality, part-
nership and solidarity 249

Ткаченко Н.О. Деякі аспекти організації ме-
дико-санітарної допомоги дітям із гастро-
дуоденальною патологією

Tkachenko N.A. Some aspects of organization
of health care of children with gastroduodenal
pathology 256

УДК 613.7:614.2.001.12

*В.Л. Таралло, П.В. Горский**Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы*

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ НА ПРИНЦИПАХ РАВЕНСТВА, ПАРТНЕРСТВА И СОЛИДАРНОСТИ

Показаны возможности методического обеспечения национальных и региональных программ для достижения на любой территории желаемых параметров здоровья населения.

Ключевые слова: здоровье населения, политика ВОЗ, закон выживания популяций, закон сохранения здоровья.

На современном этапе развития здравоохранения (при любых формах его финансирования) существенное улучшение здоровья населения за счет совершенствования деятельности исключительно ведомства здравоохранения невозможно – здоровье людей прямо и опосредованно зависит от многих других факторов. В целях гармонизации положительных аспектов влияния этих факторов для стойкого улучшения здоровья людей и, соответственно, повышения их жизнеспособности, жизнестойкости и в конечном итоге увеличения продолжительности жизни и ее здоровой части необходимо обеспечить в обществе отношения солидарности и партнерства в здравоохранительной деятельности и равенство в вопросах здоровья [1–3].

Важность именно такого подхода существенно возрастает при переходе к рыночным формам охраны здоровья, в том числе к одной из них – страховой медицине (о которой много говорят в Украине), хотя таковой в чистом виде в развитых странах не существует. Другие, дополняющие ее формы устраняют недостатки чисто страховой медицины, а именно: негативные последствия сужения ресурсной базы финансирования и материально-технического обеспечения отрасли здравоохранения.

Резкое расслоение населения по уровню доходов в большинстве стран мира обуслов-

ливает то, что далеко не все способны оплатить адекватный состоянию их здоровья уровень медицинских услуг. Именно поэтому для реализации принципов равенства, партнерства и солидарности в вопросах охраны здоровья людей необходимо определить уровень ответственности каждой из сфер деятельности за состояние/динамику здоровья, жизнеспособность и жизнестойкость каждого из его членов на протяжении всей жизни.

Материал и методы. Используются результаты исследований здоровья населения Украины и всех ее регионов с 1976 по 2012 год [4, 5]. Методической основой исследования являются авторские модели законов выживания популяций [6], отдельных поколений [7], а также сохранения здоровья населения [8], их показатели и производные от них частные методики по изучению и контролю нивелирования факторов, негативно влияющих на здоровье людей, в национальных и региональных оздоровительных программах.

Результаты и их обсуждение. Первоосновой для определения ответственности каждой из сфер деятельности общества за состояние/динамику здоровья выступают традиционные показатели проявлений здоровья населения: рождаемость, уровень физического развития, заболеваемость, инвалидность и смертность. Указанные показатели

© В.Л. Таралло, П.В. Горский, 2013

многогранны и производны от многих факторов: уровня социально-экономического развития общества, доходов его членов, возможностей их самореализации, культурных, бытовых, морально-религиозных традиций и др.

На них, безусловно, влияет и деятельность отрасли здравоохранения сквозь показатели качества и доступности медицинской помощи населению. В свою очередь, они существенно зависимы от половозрастной структуры населения на конкретных территориях и состоянии социоэкологической среды его проживания.

Учитывая, что каждый из приведенных факторов описывается многими независимыми между собой параметрами и характеристиками, для определения ответственности определенных сфер деятельности общества за здоровье и, соответственно, для обеспечения реальных отношений равенства, партнерства и солидарности в этих вопросах необходимо иметь универсальный интегральный измеритель состояния/динамики здоровья населения.

Таким измерителем может служить выраженный в человеко-годах потенциальный жизненный ресурс, которым обладает определенная поло-возрастная группа населения, дожившая от рождения до возраста x .

Его можно измерить следующим образом. Если, допустим, число членов такой группы в возрастном интервале $[x, x + 1]$ равно P_x , то потенциальный жизненный ресурс R_x , которым она владеет в этом возрасте, равен

$$R_x = P_x e_x^{(0)}, \quad (1)$$

где $e_x^{(0)}$ – средняя продолжительность последующей (ожидаемой) жизни этой группы после достижения ее членами возраста x . (В рамках традиционных подходов расчетная продолжительность последующей жизни может быть найдена из таблиц смертности, построенных с учетом фактической продолжительности жизни умерших в каждом возрастном интервале [9]).

Известно, что перемены в социально-экономическом положении общества, в социоэкологическом благополучии среды проживания людей, и в том числе в качестве и доступности медицинской помощи, существенным образом влияют на показатели смертности и, соответственно, на величины $e_x^{(0)}$.

Если эти изменения положительны, то и $e_x^{(0)}$ увеличиваются, если отрицательны – снижаются.

При этом, используя конкретные ориентиры желаемого здоровья населения (такие, как уровень младенческой смертности и ожидаемой средней продолжительности жизни при рождении), можно точно определить тот жизненный ресурс, который должен подлежать восстановлению на конкретной территории. Для него можно найти соответствие в виде совершенно определенного (конкретного) материального (и/или денежного) эквивалента. С учетом этого и следует определять уровень необходимых для достижения цели затрат, а также уровень ответственности каждого из партнеров.

В документах ВОЗ «Здоровье–21» [10] и «Здоровье–2020» [11] задачи достижения «здоровья для всех» к 2020 году сформулированы в желаемых и потенциально возможных уровнях традиционных показателей здоровья населения (для оценки эффективности работы системы охраны здоровья населения): младенческой смертности, смертности от ведущих заболеваний – причин смерти в конкретных возрастных группах, заболеваемости болезнями, которые являются непосредственными факторами смерти и др.

Заданием системы здравоохранения любой страны Европейского региона (и в том числе Украины) является «перевод» уровней этих показателей как контрольных ориентиров на язык желаемых и потенциально достижимых интегральных характеристик общественного здоровья в стране. Такой «перевод» даст возможность оценить жизненный ресурс (ресурс здоровья) жителей всех регионов страны, который требует восстановления, и будет содействовать определению необходимых уровней затрат на оздоровительные (лечебные и профилактические) мероприятия.

Системно-содержательной и расчетно-математической основой получения текущих и желаемых числовых значений жизненного ресурса (ресурса здоровья) населения и его отдельных составляющих в данное время могут выступать на национальном или региональном уровне закон выживания популяций [6], для отдельных возрастных групп (реально

живущих) – закон выживания реальных поколений [7], а для больных хроническими болезнями, ведущими к смерти – закон сохранения здоровья [8] и, соответственно, параметры (показатели) формул приведенных законов. В общем виде все эти законы представляют математико-аналитическое выражение относительного числа лиц, которые доживают от рождения до возраста x или доживают до этого возраста, оставаясь здоровыми относительно n -й хронической болезни; при этом число новорожденных условно принимается за единицу и предполагается, что они здоровы.

Например, математико-аналитическое выражение основного закона – закона выживания популяций – имеет следующий вид:

$$l(x) = \exp \left[- \frac{(x/x_0)^\alpha}{\gamma(1 - (x/x_0))} \right], \quad (2)$$

где $l(x)$ – относительное число лиц, которые доживают от рождения до определенного возраста x ; x_0 – предельная продолжительность жизни новорожденных; α – индекс их врожденной жизнестойкости; γ – индекс внешней, приобретенной ими жизнестойкости или (обратное значение в системном анализе) коэффициент качества среды проживания изучаемой группы населения.

В соответствии с системным характером данного закона на его основе можно определить потенциальный жизненный ресурс R_x , которым обладает группа населения, достигшая на момент исследования определенного возраста:

$$R_x = \frac{P_x}{l(x)} \int_x^{x_0} l(y) dy, \quad (3)$$

где dy – бесконечно малый интервал времени (возраста); $l(y)$ – соответствующая функция дожития.

Закон выживания популяций (как и два других указанных закона) можно также получить, используя множество возрастных показателей продолжительностей жизни. Формула будет следующей:

$$l(x) = \frac{e_x^{(0)}}{e_0^{(0)}} \exp \left(- \int_0^x \frac{dx}{e_x^{(0)}} \right). \quad (4)$$

Существует взаимно однозначное соответствие между желаемыми значениями тра-

диционных медико-демографических показателей (как и сугубо медицинских, например, заболеваемости), параметрами открытых авторами указанных законов (в которых впервые представлены прямые интегральные показатели общественного здоровья) и жизненным ресурсом, требующим восстановления, сохранения и защиты.

Это дает основания утверждать, что использование законов и их параметров может выступать научной, методической и информационной основой для формирования ресурсной стратегии, а также и ресурсной политики системы охраны здоровья в целом и ведомства здравоохранения в частности как на национальном уровне, так и на территориальном.

В рамках такого подхода равенство в вопросах здоровья означает, что каждый член общества (группа людей) владеет определенным диапазоном возможностей для максимального использования собственного жизненного ресурса. Этот тезис можно сформулировать в терминах интегральных показателей общественного здоровья – параметров закона выживания: внутренней α и внешней γ жизнестойкости – или параметров закона сохранения здоровья: внутренней α_h и внешней γ_h жизне- и болезнестойкости по отношению к определенной хронической патологии (ведущей, как правило, к смерти).

Так, из формулы (2) вытекает, что если какой-нибудь из приведенных параметров α или γ становится безгранично большим, а другой при этом будет оставаться неизменным, то функция дожития становится равной единице в интервале $[0; x_0]$ и на протяжении всей жизни имеет предельный уровень. Если же безгранично большими становятся оба показателя, то такой факт отражает генетическую однородность изучаемой популяции и одновременно идеально предрасполагающие (для сохранения здоровья, жизни и жизнедеятельности) условия среды проживания. Если же ограничено, а безгранично большое, то популяция существует в идеально благоприятствующей сохранению жизни и здоровья населения среде. Отмеченное свидетельствует, что в открытых нами законах учитывается влияние на здоровье как врожденных факторов, так и качества среды прожи-

вания (в том числе и отрасли здравоохранения – как ее элементной составляющей), а также и отличительные характеристики их влияния (действия) на отдельных этапах жизни. Согласно (3) *максимальный* жизненный ресурс равен произведению числа P_x лиц, доживших до определенного возраста x , на разность между этим и предельным возрастом жизни (значение последнего, по материалам переписи 2001 года, для украинцев составило $x_0 = 119$ лет [5]):

$$R_{x_{\max}} = P_x(x_0 - x). \quad (5)$$

Данный факт свидетельствует, что в идеально благоприятной для сохранения здоровья и жизни среде каждый индивид имеет возможности для полного использования собственного жизненного ресурса. (Под «благоприятной» средой мы понимаем не только комплекс его экофизических характеристик, но и всю совокупность экономических, социальных, моральных, психологических и других предпосылок для максимального восстановления и использования обществом в целом и каждым из его членов собственного жизненного ресурса).

При этом, исходя из сугубо формальной (математической) точки зрения, не обязательно, чтобы корреляционная связь между параметрами внутренней (врожденной) и внешней (приобретенной) жизнестойкости всегда была прямой. Она может быть и обратной, но в таком случае необходимо выполнение условия: характеристики внешней жизнестойкости населения или в системном (обратном) анализе качества социозэкологической среды (проживания) γ должны постепенно увеличиваться, а характеристики внутренней жизнестойкости и жизнестойкости (как биологический и социальный аспекты показателя) α при γ , стремящейся к бесконечности, всегда должны оставаться существенно положительными:

$$\lim_{\gamma \rightarrow \infty} \alpha > 0. \quad (6)$$

По результатам многолетних исследований, на современном этапе эволюция жизнестойкости и жизнестойкости населения Украины реализуется таким образом: параметр α возрастает, а параметр γ снижается [5, с. 56], что свидетельствует о существую-

щей потенциальной возможности изменения хода временной эволюции интегральных показателей общественного здоровья в Украине, а именно: создания условий в стране, при которых они будут увеличиваться одновременно и согласованно.

Сущность проблемы в том, что параметр α зависим и одновременно определяет долю младенческой смертности в общей смертности: чем эта доля меньше, тем больше параметр α [5, с. 87]. Параметр γ , в свою очередь, определяет уровень смертности во всех возрастных группах и соответствующие (возрастные) величины средней продолжительности ожидаемой жизни [5, с. 104]. Поскольку в данное время в Украине средняя продолжительность ожидаемой жизни почти во всех возрастных группах меньше, а показатель младенческой смертности больше, чем в ведущих развитых странах, то достижение уровня этих стран связано с повышением одновременно и α , и γ .

Для реализации этого необходимо внедрение мероприятий по обеспечению как индивидуального, так и общественного здоровья на всех этапах жизненного цикла (индивида и популяций), т. е. во всех половозрастных группах.

Жизненный ресурс ΔR_x x -й возрастной группы, подлежащий восстановлению, может быть определен по формуле

$$\Delta R_x = P_x \left(l_d(x)^{-1} \int_x^{x_0} l_d(y) dy - l_r(x)^{-1} \int_x^{x_0} l_r(y) dy \right), \quad (7)$$

где $l_d(y)$ – желаемая (планируемая) для x -го возраста кривая выживания, построенная по желаемым (планируемым) параметрам внутренней α_d и внешней γ_d жизнестойкости, которые отражают условия желательного протекания процессов общественного здоровья; $l_r(y)$ – реальная (настоящая) характеристика – кривая выживания, построенная по параметрам α_r и γ_r , представляющим реально наблюдаемые (и регистрируемые) состояние/динамика здоровья населения и среды его проживания.

Параметры α_r и γ_r могут быть найдены путем обработки таблиц смертности, построенных на реальных демографических данных [4], или по методу, в котором используются официальные статистические

данные об уровнях младенческой смертности и средней продолжительности ожидаемой жизни (при рождении) [5, с. 250] или, наконец, с использованием последних данных, но без проведения расчетов – по рассчитанным нами прогнозным таблицам ТАГОР – А [5, с. 310] или ТАГОР – Б [5, с. 485], т. е. с учетом как врожденных факторов и качества среды на территориях проживания, так и с учетом распространенности в них хронических болезней.

Желаемые значения α_d и γ_d могут быть определены из соображений, базирующихся на математической статистике [12], в том числе с использованием таблиц ТАГОР, употребляя в поиске желаемые традиционные показатели младенческой смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни (при рождении) [5] и согласовывая их с другими желаемыми целями солидарной деятельности системы здравоохранения и реальными событиями, происходящими в стране. В последнем случае желаемую с точки зрения достижения результата структуру распределения ресурсов общества и отрасли для сохранения и восстановления жизненного ресурса (ресурса здоровья) для x -й возрастной группы можно определять по формуле

$$D_x = \frac{\Delta R_x}{R_x} \cdot 100\% \quad (8)$$

При динамическом планировании – для следующего года, для коротко-, средне- и долгосрочных планов по желаемым ориентирам (в том числе ВОЗовским – по программе «Здоровье–2020») более правильным в расчетах исходить из ресурса, который потенциально использован не полностью x -й возрастной группой в текущем году $\Delta \tilde{R}_x$:

$$\Delta \tilde{R}_x = P_x \left(\tilde{l}_d(x)^{-1} \int_x^{x+1} \tilde{l}_d(y) dy - \tilde{l}_r(x)^{-1} \int_x^{x+1} \tilde{l}_r(y) dy \right), \quad (9)$$

где $\tilde{l}_d(z)$ – желанная (на конец года) кривая выживания/динамики здоровья; $\tilde{l}_r(z)$ – текущая (на начало года) кривая выживания/динамики здоровья.

В этом случае желаемую с точки зрения достижения результата структуру распределения ресурсов общества и отрасли для сохранения и восстановления жизненного

ресурса (ресурса здоровья) для x -й возрастной группы можно определять по формуле

$$\tilde{D}_x = \frac{\Delta \tilde{R}_x}{\tilde{R}_x} \cdot 100\% \quad (10)$$

Преимущество использования изложенной методики для динамического планирования оздоровительных программ в здравоохранении до 2020 года и в последующие годы состоит в том, что жизненный ресурс/ресурс здоровья, подлежащие восстановлению, определяются отдельно для каждого конкретного года жизнедеятельности популяции (группы людей). Этот ресурс для каждой половозрастной группы и для населения в целом определяет объем тех дополнительных средств, которые должны привлечь общество и отрасль здравоохранения для достижения желаемых ориентиров общественного здоровья. Накопление этих средств так же, как и их эффективное использование, возможно только на основе формирования в обществе отношений равенства, солидарности и партнерства в вопросах охраны здоровья.

В создании такого ресурсного фонда («фонда воспроизводства жизненного потенциала/потенциала здоровья») должны принимать участие все слои общества и все субъекты экономической и политической деятельности в согласовании с собственным ресурсным потенциалом, функциональными возможностями, интересами и мерой ответственности за конечный результат.

Распределение накопленных средств должно происходить в соответствии с потребностями общества и каждой из его групп в сохранении и воспроизводстве собственного жизненного ресурса. Такой подход возможен только на основе социального партнерства и баланса интересов, т. е. сегодняшних требований ВОЗ [1, 2] к развитию и формированию национальных систем здравоохранения.

Выводы

1. Важнейшей составляющей развития системы здравоохранения в Украине, на любой ее территории и в любой другой стране является ориентация на политику ВОЗ в рамках Всемирной программы «Здоровье для всех».

2. Методологической и методической основой для определения условий и возможностей реализации политики ВОЗ в охране здоровья населения, как и в контроле эффективности реализации планируемых и действующих национальных и региональных программ с высокоточным определением прогнозов и поэтапного контроля их достижимости могут служить модели законов выживания популяций реальных поколений и сохранения здоровья населения вместе с производными от них методами и методиками контроля динамики здоровья, расчета рисков жизни и здоро-

вью людей, структурированием врожденных и приобретенных факторов сохранения здоровья и жизни, контроля динамики здоровья планирования и эффективности расходов различных ресурсов для этих целей на основах равенства, солидарности и партнерства

Перспективность исследований заключается в востребованности предложенных подходов в рамках осуществляемой сейчас в Украине и других странах перестройки здравоохранения, переориентации и переоценки многих факторов, влияющих на сохранение жизни и здоровья людей.

Список литературы

1. *Whitehead M.* Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья / *Whitehead M.* – Копенгаген : ВОЗ, ЕРБ, 1991. – 29 с.
2. *Dahlgren G.* Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / *M. Whitehead, G. Dahlgren.* – Копенгаген : ВОЗ, ЕРБ, 1992. – 56 с.
3. Послание Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна по случаю Всемирного социального дня справедливости // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я.* – 2011. № 1 (21). – С. 1–12.
4. *Таралло В. Л.* Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозування управління / *В. Л. Таралло.* – Чернівці : ЧМІ, 1996. – 176 с.
5. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / *Таралло В. Л., Горский П. В., Шкробанец И. Д., Грицюк М. И.* – Чернов БГМУ, 2012. – 658 с.
6. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информации интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015: За выживания популяций / *В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев* // *Международный регистр глобальных систем информации.* – Москва, 04.06.98.
7. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информации интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015. За выживания реальных поколений / *В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев* // *Международный регистр глобальных систем информации.* – Москва, 04.06.98.
8. *Горський П. В.* Закон збереження здоров'я населення / *П. В. Горський, В. Л. Таралло* // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я.* – 2012. – № 2–3. – С. 75–79.
9. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информации интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015. Метод построения таблиц смертности / *В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев* // *Международный регистр глобальных систем информации.* – Москва, 04.06.98.
10. *Здоровье–21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген : ВОЗ: Европейская серия по достижению здоровья для всех, 1991. № 8. – 310 с.
11. Разработка новой европейской политики здравоохранения «Здоровье–2020» // *Первая европейская конференция ВОЗ по новой европейской политике – Здоровье–2020, Иерусалим, Израиль, 28–29 ноября 2011 г.* – ВОЗ, 2011. – 147 с.
12. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информации интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015. Эталонная модель дожития / *В. Л. Таралло, П. В. Горский* // *Международный регистр глобальных систем информации.* – Москва, 04.06.98.

В.Л. Таралло, П.В. Горський

**МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНИХ ОЗДОРОВЧИХ ПРОГРАМ
ЗА ПРИНЦИПАМИ РІВНОСТІ, ПАРТНЕРСТВА ТА СОЛІДАРНОСТІ**

Показано можливості методичного забезпечення національних та регіональних програм для досягнення на будь-якій території бажаних параметрів здоров'я населення.

Ключові слова: здоров'я населення, політика ВООЗ, закон виживання популяції, закон збереження здоров'я.

V.L. Tarallo, P.V. Gorsky

**METHODICAL FOUNDATIONS OF IMPLEMENTING COMPLEX HEALTH – IMPROVING PROGRAMS
ON THE PRINCIPLES OF EQUALITY, PARTNERSHIP AND SOLIDARITY**

The possibilities of the methodical provision of national regional programs for achieving desired parameters of the population health on any territory are demonstrated.

Key words: population health, WHO policy, law of the survival of population, preservation of health law.