

*І. П. Кринична,*  
к. мед. н., докторант кафедри філософії,  
соціології державного управління ДРІДУ НАДУ

## **ПАРАДОКСИ УПРАВЛІННЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКИМИ РИЗИКАМИ**

*Проаналізовано результати ефективності функціонування державного управління щодо чорнобильських ризиків та науково обґрунтовано шляхи оптимізації медико-соціального захисту громадян, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання.*

**Ключові слова:** державне управління, чорнобильські ризики, медико-соціальний захист, Чорнобильська катастрофа.

Керівництво на всіх щаблях влади – законодавчої і виконавчої, а також на рівні конкретних організацій, зокрема тих, які мають на меті протистояння існуючим суспільним негативним факторам, є тою реальною силою, яка має формувати позитивну соціальну ситуацію в суспільстві. Сучасне українське суспільство набуло назву “суспільство, що трансформується”, в якому постійно триває перерозподіл ресурсів та влади, хитка економіка, висока мобільність, а робота інституцій зазнає постійних змін, тому такий соціум перетворюється на “суспільство ризиків” [7].

Чорнобильська катастрофа та ліквідація її наслідків призвели до великих соціальних змін, таких як соціально-демографічних, соціокультурних, законодавчих, екологічних на планетарному рівні та управлінських, які, у свою чергу, принесли в буденне життя людей розуміння ризику й усвідомлення незахищеності. Глобальні наслідки, непевні прогнози, а особливо державно-управлінські прорахунки допущені у інформуванні та захисті населення, сформували в масовій свідомості недовіру до владних, наукових, медичних, а також до інших установ, які відповідали і відповідають за захист населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Медичні й соціальні дослідження, які були проведені за минулі після аварії на ЧАЕС роки показали значну актуальність та важливість вивчення впливу її наслідків на стан здоров'я різних категорій постраждалих і розглядались у працях В. Бар'яхтара, І. Ліхтарьова, Ю. Саєнка, Л. Амджадин,

А. Нягу, В. Холоші, А. Романенка, М. Омел'янця, В. Бузунова, Д. Базика, А. Нягу та ін. Аналіз наукової літератури та практики державних управлінських рішень, які започатковані у роботах А. Новицького, І. Качура, А. Авраменка, С. Омел'янця, Б. Данілішина, А. Гуськової, В. Кірюшкіна, М. Косенко, Р. Друтман, В. Яценка, М. Борисюка, В. Дурдинця, В. Яворівського та ін., дає змогу зробити висновок, що система управління процесами подолання наслідків Чорнобильської катастрофи неефективна і значно витратніша у вартості, ніж у ефективності.

Отже, аналіз результатів ефективності функціонування державного управління щодо чорнобильських ризиків та наукове обґрунтування шляхів оптимізації медико-соціального захисту громадян, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання є метою даної статті.

Об'єкт дослідження – система управління медико-соціальним захистом громадян, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання.

Предмет дослідження – процес управління системою медико-соціального захисту населення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. сфера використання поняття “ризик” значно розширилась. Безпосереднім поштовхом досліджень до розвитку ризику стала аварія на Чорнобильській АЕС. Підрахувати ступінь ризику роботи ЧАЕС ніхто не може й досі. З огляду на це чільною умовою виконання державою захисного спрямування є її аналіз медико-соціальних домінант: ситуативних, нормативних, наукових, корпоративних, групових тощо. Саме система управління на всіх щаблях влади – законодавчої і виконавчої, яка має на меті протистояння існуючим суспільним негативним факторам повинна бути реальною силою, яка формує позитивну соціальну картину в суспільстві.

Упродовж 22 років після аварії цим видом захисту населення займалися різні установи, які постійно зазнавали переформування залежно від соціальної ситуації в суспільстві. Проголошення незалежності України призвело до

створення Міністерства у справах захисту населення від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (постанова КМУ від 11.06.1992 р. № 27).

Правове підґрунтя соціального захисту потерпілих від Чорнобильської катастрофи створювалось одним з перших. Більшість наукових результатів Чорнобильських досліджень були, а деякі і залишаються власністю Росії, її секретом; більшість референтних осіб, експертів, та науково-дослідних установ також були розташовані в Росії. Це ускладнювало одержання достовірних оцінок та прогнозів для законодавців України, крім того, до сьогодні наукові прогнози впливу радіаційного фактора на людину є непевними, а часто суперечливими. Отже, фізикалістські, біологізаторські та технократичні підходи, в силу об'єктивних обставин, не могли бути покладені в основу медико-соціальної концепції в широкому сенсі розуміння державного управління [8].

Відсутність достовірного прогнозу розвитку держави в цілому, та зокрема її економіки, Чорнобильське законодавство України, за сьогоднішніми оцінками, не може виконуватись через брак коштів. Тому у багатьох його параграфах нині можна прочитати “призупинено дію” і у свідомості населення, для захисту яких було створене чорнобильське законодавство, сформувалась ситуація “незаконного законодавства”.

У свою чергу, реструктуризація управлінської діяльності зумовила виникнення в 1996 р. Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи (постанова КМУ від 23.12.1996 р. № 1543), яка отримала у спадщину і проблеми управління і проблеми відповідальності за зниження Чорнобильського ризику та негативне ставлення населення до Чорнобильських установ. В цьому і полягає, на наш погляд, один із парадоксів управлінської некерованості, а тільки загострення протиріччя.

Державні установи, призначені для захисту населення від наслідків катастрофи, одержують у потерпілих надзвичайно низьку оцінку ефективності

роботи. Причому на забруднених територіях ця оцінка значно знижується. Є істотна різниця в оцінках потерпілих, які потребують захисту, і тою чи іншою мірою мають право і очікують на нього, одержують його та оцінками решти населення – людей, які не мають права і не одержують соціального захисту, але вважають, що його одержують потерпілі [7; 8]. Думка потерпілих про низьку оцінку роботи державних установ не враховується, тому виникло серйозне соціальне протиріччя, коли виконавець соціального замовлення не враховує думку та оцінку замовника. Залежність державних установ від бюджетного фінансування та від політики держави надає цим установам впевненості для того, щоб не враховувати громадської оцінки ефективності їх роботи.

Так, питання перегляду статусу найменш забруднених територій, брак фінансування, а також незначний рівень забруднення певних регіонів змушує відповідальних осіб зі структур МНС подавати пропозиції до Верховної Ради щодо змін Закону України “Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи” (від 27.02.1991 р. № 791а-12). Вважається доцільним вивести з-під дії Чорнобильського законодавства найменш забруднені території. Парадокс полягає в тому, що ці пропозиції, зустрічають стійкий опір з боку депутатів-представників регіонів, статус яких пропонується переглядати; а дискусія у Верховній Раді України призводить до блокування питання, може саме тому, на протязі останніх років не вдається знайти вихід з цього протистояння.

Ульріх Бек написав про ситуації екологічних лих: “Жертви стають некомпетентними у справі, що стосується їх власного життя... Жертвам навіть не дано вирішувати, чи звертатися за порадою до експертів. Не жертви шукають експертів з ризиків, а самі експерти шукають собі жертв” [1; 7].

Отже, масова свідомість ґрунтується на емоційно-образному, буденному сприйнятті, а фахова оцінка – на гнозисі та праксисі, але йдеться про повсякденний ризик, від якого залежить життя і здоров'я потерпілого населення. Очевидно, що населення не довіряє офіційним особам, а довіряє

тим, з ким безпосередньо спілкується. Щоденне спілкування, є тою основою, на якій може виникати взаєморозуміння і довіра. Опосередкована комунікація не забезпечує ні взаємного розуміння, ні довіри між посадовцями та потерпілими..

Аналогічний парадокс можна спостерігати і у сфері охорони здоров'я. Визначення міри шкідливого впливу радіації на здоров'я громадян, виконують медики. За даними доповідей та публікацій [2; 7], ризик для здоров'я оцінюється зі статистичних даних, одержаних з вивчення особливостей захворюваності “популяції, що піддалася дії радіаційного фактора”. У цьому підході вплив радіаційного фактору вважається доведеним, якщо зростання захворюваності на конкретний клас хвороб корелює зі зростанням особистої дози опромінювання хворих. У разі виявлення такої залежності ризик конкретного захворювання може бути підрахований на основі статистики. І хоча за загальною медичною статистикою захворюваність на забруднених територіях зростає швидше, ніж у решті регіонів України [4], а із збільшенням забруднення території збільшується і захворюваність, її причиною офіційно не визначається Чорнобильська аварія. Офіційно вважається, що радіаційний фактор – основний чинник – наслідок Чорнобильської катастрофи, який негативно впливає на здоров'я населення. Крім цього, радіаційний фактор і радіаційний ризик не є єдиною домінантою, що негативно впливає на здоров'я людей. Населення на забруднених територіях відчуває тиск зовсім не тільки радіаційного фактору, відокремленого від інших факторів повсякденності, людина піддається тиску всіх соціальних негативів, які нерозривно пов'язані і між собою, і з Чорнобильською катастрофою: обмеження господарської діяльності, зміна соціально-демографічної ситуації, економічна криза, складне законодавство, недостатня медична допомога тощо. Суб'єктивна оцінка населенням Чорнобильського ризику, зокрема ризику для здоров'я, є інтегральною щодо всіх названих факторів. Водночас міра і якість медико-соціальної допомоги, розмір пенсії інваліда в кінцевому рахунку залежить від

компетенції медиків і офіційно ухвалених ними способів визначення причин хвороби, а не від самооцінки людини.

Таким чином, основний парадокс полягає в тому, що в сучасній постчорнобильській ситуації державні установи, які створювались для зменшення ризиків і нині працюють з цією метою, водночас сприймаються як істотне джерело ризиків (продукують ризики), а відсутність прямої комунікації, її розривність – додаткове джерело зростання ризиків у масовій свідомості. Щоб змінити сприйняття, оцінки населення, покращити ставлення до державних установ захисного спрямування, необхідна розробка і впровадження відповідних державно управлінських медико-соціальних проєктів для досягнення громадської згоди в питаннях, пов'язаних з Чорнобильськими ризиками, яка зможе стати основою соціальної інтеграції, щодо зменшення небезпеки проживання в суспільстві ризиків.

У свою чергу, повернення до нормального способу життя, яке відображає бажання як влади, так і населення, наносить шкоду системі управління радіологічного ризику, тому що за такий короткий час, як двадцять років навколишнє середовище та організм людини не в змозі повністю позбавитися радіологічного забруднення. Мова може і повинна йти про довгострокові цілі повернення до нормального життя. Це пояснюється тим, що населення зазнає довгий час остаточного ризику радіаційного опромінення. Не можна змушувати населення забути про небезпеку забруднення, скоріше, ніж відбудеться реальний розпад радіоактивних елементів.

Також повернення до нормального життя і до старих звичок може бути результатом відчуття безсилля людей, що стикаються з небезпекою. Враження або навіть переконання в тому, що неможливо індивідуально діяти в цілях зменшення ризиків, частково пов'язано з централізованим характером системи аварійного управління ризиком. Це вселяє в людей надію на компетенцію властей, як єдину структуру, яка здатна що-небудь зробити для них. І навпаки, нездатність представників влади та вчених ліквідувати наслідки аварії дають

підстави вважати індивідуальні заходи захисту даремними, що у свою чергу призводить до відчуття безвихідності ситуації, а використання недієспроможних методів державного управління можна назвати “формалізованим адміністративним менеджментом”.

Отже, гіперболізований непрофесійними діями органів управління страх перед чорнобильською ситуацією викликав у населення хронічний стрес. Задане напруження, без сумніву, визвало значний негативний вплив на здоров'я людей і сприяло збільшенню захворюваності серед населення та породило серйозні медико-соціальні наслідки, а некомпетентність органів державного управління з цих питань призвела до прийняття невірних управлінських рішень.

Таким чином, державне управління позбавлене медико-соціальних основ у подоланні наслідків Чорнобильської катастрофи призвело до багато в чому штучно створеного соціально-психологічного напруження у суспільстві та економічних втрат. Дослідження здоров'я постраждалого населення за двадцять років після аварії на ЧАЕС, показали, що медичні наслідки суттєво відрізняються від ефектів, які прогнозувались.

Так, зокрема, для оцінки і спостереження стану здоров'я потерпілих від Чорнобильської катастрофи був створений Державний реєстр України (ДРУ), в якому, на сьогоднішній день, налічується більш ніж два з половиною мільйона осіб [4; 5]. Порівняння даних ДРУ з результатами обліку по іншим факторам державної статистичної звітності свідчать про неповноту загального обліку в ДРУ постраждалих осіб, охоплення їх медичним спостереженням та невизначеністю отриманих коефіцієнтів радіаційних ризиків (вихідних радіаційних даних) [5]. Крім того, існуюча стратегія обліку не передбачає ефективного зворотного зв'язку та оперативного використання даних на міждержавному, державному, регіональному та районному рівнях. На сьогоднішній день, проблеми щодо експлуатації та розвитку ДРУ пов'язані, перш за все, із старінням технічної бази і недостатнім кадровим забезпеченням на всіх рівнях його функціонування, неналежним дозиметричним, науково-

методичним і інформаційно-аналітичним супроводом внаслідок нестабільного і недостатнього фінансування [4 – 6]. Звертає на себе увагу той факт, що ДРУ підпорядковується Міністерству охорони здоров'я яке, в свою чергу, повинне виконувати угоди, які закладені в програму ВОЗ щодо медичних наслідків Чорнобильської аварії (АЙФЕКА). ВОЗ, інколи, повинна замовчувати достовірні дані захворюваності постраждалого населення суто з політичних інтересів МАГАТЕ на користь розвитку ядерної енергетики.

Це свідчить, скоріше про констатацію факту захворюваності постраждалого населення, чим про глобальне управлінське розуміння важливості подолання медико-соціальних наслідків у загальній національній концепції з використанням вірогідної статистики – основи діагностики і профілактики пострадіаційної захворюваності з подальшим створенням уніфікованих стандартів для міжнародної класифікації захворювань.

Отже, формальний адміністративний менеджмент подолання наслідків Чорнобильської катастрофи істотно змінив стан здоров'я і життя мільйонів людей, обумовив нераціональне масове переселення, змінив демографічну поведінку людей та призвів до змін у відтворенні населення, що кардинально вплинуло на уклад життя цих людей. У сукупності це призвело до певних демографічних втрат населення України.

У свою чергу, узагальнені дані життєвої статистики свідчать про те, що між 15 і 20 річницею відбулося суттєве зростання смертності постраждалих [5; 6]. На наш погляд, це є результатом комплексної дії медико-соціальних, соціально-психологічних, соціально-економічних і радіаційних факторів та свідчить про колапс державного менеджменту. Всі аспекти ризику втрати здоров'я: втрати працездатності населення (перш за все інвалідизації), передчасної смерті населення є медичним ризиком, а соціально-економічні наслідки реалізації медичного ризику є медичною складовою інтегрального соціального ризику.



Так, некерованість владою ситуації призвела до парадоксів управління чорнобильськими наслідками погіршення демографічного стану країни та соціальної поведінки населення, чому сприяли соціально-економічна криза, незадовільне медичне обслуговування, низькі стандарти життя, несприятлива екологічна ситуація, політична нестабільність, зменшення витрат на ліквідацію наслідків катастрофи, що негативно відбилось на здійсненні заходів протирадіаційного, соціального і медичного захисту постраждалих та обумовило формування когорти людей з гіршими показниками здоров'я і зниженою здібністю до відтворення.

Таким чином, колапс системи управління призвів до тяжких медичних наслідків, пов'язаних із впливом іонізуючого випромінювання на населення широкого спектру дії, а також інших наслідків впливу на здоров'я. Вони у більшості випадків є головними причинами втрат працездатності і смертності та виступають об'єктом переважного споживання фондів, необхідних для лікування і профілактики.

Недієспроможність державних управлінських рішень призвела до створення реєстрів (статистичних центрів) в Україні, які використовуються в пасивному накопиченні бази даних постраждалого населення і, на сьогоднішній день, не можуть використовуватись у прийнятті стратегічних і тактичних управлінських рішень на міждержавному (постраждалі країни), державному, регіональному і районному рівнях. У свою чергу, діюча система медичної статистики перетворилась на постійно діючий фактор збільшення медичного ризику.

У загальноукраїнському соціально значимому медичному ризику зростає частка Чорнобильського внеску, а в загальночорнобильському – частка внеску “ліквідаторів” аварії, а також дітей, народжених від опромінених батьків.

Система управління повинна бути спрямована на вдосконалення державного управління щодо системи медико-соціального забезпечення населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи. Необхідно

позбавитись парадоксів державного управління чорнобильських ризиків та відшліфувати управлінську діяльність з акцентом на інтегральні складові соціального ризику: економічні, правові, екологічні, соціальні, медичні і радіаційні, яку необхідно закріпити новою національною медико-соціальною концепцією подолання наслідків Чорнобильської катастрофи.

#### **Список використаних джерел**

1. *Бар'яхтар В. Г.* Всестороння оцінка ризиків внаслідок аварії на ЧАЕС. – К., 1998.
2. *Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну / У. Бек. – М. : Прогресс-Традиция, 2000. – 384 с.
3. *Бурдьё П.* Социология политики : [пер. с фр.] / П. Бурдьё. – М. : Socio-Logos, 1993. – 336 с.
4. Статистичний щорічник України за 2004 рік / Державний комітет статистики України. – К. : Консультант, 2005. – С. 381.
5. 20 лет Чернобыльской катастрофы. Взгляд в будущее : [национальный доклад Украины]. – К. : Атика, 2006. – 232 с.
6. Показники здоров'я та надання медичної допомоги потерпілим від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 2004 рік : стат. довідник : По всіх територіях. – Ч. I. / МНС України, МОЗ України [Електронний ресурс]. – К., 2005.
7. *Саєнко Ю.* Соціальне почуття чорнобильських потерпілих і соціальні ризики / Ю. Саєнко // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 1998. – № 4-5. – С. 160–175.
8. Соціальні ризики та соціальна безпека в умовах природних і техногенних надзвичайних ситуацій та катастроф / [відп. ред. : В. В. Дурдинець, Ю. І. Саєнко, Ю. Ю. Привалов]. – К. : Стило, 2001. – 497 с.

#### ***Krinichnaya I. P. Paradoxes of management chernobyl risks.***

The results of efficiency of functioning of state administration are analysed in relation to Chernobyl risks and the ways of optimization of medical social defence of citizens which tested influencing ionizing of radiation are scientifically grounded

**Key words:** component control the system, Chernobyl risks, of medical social defense, Chernobyl catastrophe

#### ***Криничная И. П. Парадоксы управления чернобыльскими рисками.***

Анализируются результаты эффективности функционирования государственного управления относительно чернобыльских рисков и научно обосновываются пути оптимизации медико-социальной защиты граждан, которые испытали влияние ионизирующее излучения

**Ключевые слова:** государственное управление, чернобыльские риски, медико-социальная защита, Чернобыльская катастрофа