

УДК 614.2.001.73(477)

В.Л. Таралло

Концептуальні аспекти перебудови охорони здоров'я України

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета – визначити надійні та перспективні ідеології та інформаційно-методичні засади перебудов у системі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. У розробці використано матеріали власних теоретичних, технологічних, методичних та інформаційних досліджень, які ґрунтуються на офіційних статистичних даних про перебіг процесів здоров'я населення всієї України.

Результати. Визначено, що базовою теоретичною та інформаційно-методичною основою розвитку системи охорони здоров'я та будь-яких форм його перебудови можуть стати закони виживання популяції та збереження здоров'я населення, похідні від них методи та показники. На основі моделей закону виділено для контролю здоров'я населення три групи інтегральних показників. Вони охоплюють по етапах увесь цикл життя і узгоджуються з існуючою в галузі традиційною інформаційно-методичною системою. Запропоновано з метою здійснення ринкових перетворень в охороні здоров'я залучити для визначення обсягів і структури страхових фондів (в системі медичного страхування населення) з наступним формуванням економічних основ страхової медицини інтегральні показники ризиків здоров'ю і життю людей; їх нескладно стратифікувати до потреб користувача.

Висновки. Розробка узгоджена із вимогами світової програми «Здоров'я для всіх», не прикута до «вибраних» джерел ресурсів щодо перебудов, технологічна, містить мінімальний набір управлінських маркерів, придатна для використання на будь-яких територіях і спрямована на конструктивні дії. Її реалізація дозволить суттєво зменшити хронізацію патологій, інвалідність, смертність, збільшити загальну тривалість життя, їх «здорову» частку.

Ключові слова: системний аналіз, інтегральні показники, здоров'я населення, дієвість охорони здоров'я.

Вступ

У даний час в Україні висувається безмежна кількість цілей для обґрунтування бажаності і невідкладності ринкових перетворень в національній системі охорони здоров'я. Такі обставини – свідчення браку чинних або незавершеності ранішніх цільових науково-практичних досліджень. Спостережуваний тепер (прогнозований давно!) нестаток коштів на здійснення навіть часткових перетворень в сьогоdnішній охороні здоров'я (госпітальні округи, сімейна медицина, медичне страхування), ураховуючи 30-річний досвід поступового погіршення якості вітчизняної охорони здоров'я, без належного ентузіазму зустріли і місцеві громади, і лікарі, і пацієнти. Не завжди коректні перетворення суттєво загострили серед населення питання доступності та якості медичної допомоги, у першу чергу, в сільській місцевості. Населення стикається із значно викривленими уявленнями і, отже, підходами до змісту охорони, захисту і підтримки їх власного здоров'я. Такими прикладами постають поширено «рекомендовані» (під різними гаслами) збирання з пацієнтів і їх родичів від 10 до 100 (і значно більше) гривень з «обіцянками» закупівлі певних ліків або обладнання – з поданням чинних заходів під назвою «медичного страхування» чи «страхової медицини» (нажал, і населення, і лікарі мало обізнані навіть у відмінності цих питань!).

Іншим прикладом постає поширена реалізація в країні так званої «сімейної медицини» на основі «донавчання» дільничних педіатрів і терапевтів із

створенням на чинних кадрових засадах Центрів ПМСД. Тут важливо зазначити, що причиною, місією та кінцевою метою сімейної медицини є здоров'я сім'ї. Але досі у жодному навчальному посібнику з цих питань не існує конструктивного означення поняття «здоров'я сім'ї». Отже, що належить брати за взірці, еталони підготовки чинних лікарів невідомо (зауважимо, що в різних країнах світу програми підготовки сімейних лікарів суттєво відмінні, як і зміст поняття, функції та організаційні аспекти чинної праці). Штучне поєднання функцій різних, історично довготривалий час відокремлених лікарських спеціальностей призвело до ... фактичного збереження прихованого розмежування надання послуг дорослим і дітям у центрах ПМСД. Виявилось, що треба перевиховувати не тільки лікарів, а й населення, яке зазвичай не сприймає поєднаних функцій (зокрема, терапевта і педіатра). Цей приклад, як і досвід багатьох інших, останніх перетворень в охороні здоров'я доводить, що перебудови не можуть бути механічними. Їх повинно всебічно і відкрито обговорювати лікарське і загалом медичне товариство, схвалити після належних експериментів населення, вони мають ґрунтуватися на ідеології, якій за наслідками експериментів довіряє суспільство.

Окрім того, будь-які перебудови в охороні здоров'я повинні ґрунтуватися на призначенні чинної соціальної будови. Зазначимо, що причиною існування охорони здоров'я є здоров'я населення, місією (провідною функцією) – є здоров'я населення і, нарешті, кінцевою метою та наслідком діяльності знову ж постає здоров'я

населення. Отже, всі майбутні перебудови в галузі охорони здоров'я України повинні супроводжуватися спостереженням за динамікою здоров'я населення із встановленням коротко-, середньо- та довгострокових прогнозів для визначення тенденцій у перебігу здоров'я і, відповідно, тактики і стратегії дій. Проте визначення чинних прогнозів нездійснене за традиційними, частковими (відокремленими один від іншого інформаційно, методично і технологічно) показниками здоров'я населення. За ними неможливе визначення навіть прогнозів середньої очікуваної тривалості життя населення. Саме тому галузь управління охороною здоров'я не пов'язана і не ґрунтується на традиційних показниках здоров'я людей. Їх взагалі немає в параметрах її діяльності, там існують виключно ресурсні показники самої галузі: відвідування, охоплення, забезпечення населення, медичних працівників, окремих підрозділів галузі тощо.

Мета роботи – визначити провідні теоретичні аспекти та інформаційно-методичні засади для сучасних перебудов в охороні здоров'я.

Матеріали та методи

Використано матеріали власних теоретичних та інформаційно-методичних розробок [1–13], отриманих шляхом обробки багаторічних статистичних даних про перебіг здоров'я українців.

Результати дослідження та їх обговорення

Вимоги до рішення проблеми. Складний і міждисциплінарний характер проблемної ситуації зумовлює необхідність визначення бажаних концептуальних перетворень в національній охороні здоров'я на ґрунті системних теоретичних розробок [12] за встановленими закономірностями змін у перебігу процесів здоров'я населення, закономірностями зв'язку останніх з базовими чинниками становлення і збереження здоров'я людей у певних умовах [9]. Конструктивність розробки повинна передбачати безперервне динамічне спостереження за здоров'ям всіх верств населення, вимір бажаного обсягу і структури ресурсної підтримки здійснюваних перетворень на етапах їх розробки, впровадження та реалізації [7] з контролем дієвості чинних програм та ефективності використання коштів [6], адаптованості до традицій і навичок загального існування, а також медичного опікування людей в містах їх проживання, праці [10]. Безумовна також відповідність пропонованих засад міжнародним вимогам [4] і, зокрема, світовій програмі «Здоров'я для всіх» [2].

Форма реалізації рішення. Ураховуючи вимоги системності, рішення повинно містити пошук провідних вимірюваних відповідностей в існуванні (способі та укладі життя) людини, населення із середовищем їх проживання та праці і, зокрема, із якістю та доступністю створеної ними на цих територіях системи охорони, збереження і підтримки їх здоров'я на ґрунті накопичених в суспільстві та медицині знань.

Рішення проблеми міститься в реалізації технології аспектного опису і аналізу спеціальних системних знань про досліджувані об'єкти та їх зміни за схемою [12]:

<морфологія, функціонування, організація (генетика)>, де дужки фіксують узгоджену єдність і невід'ємність цих базових характеристик досліджуваних об'єктів, маркери їх спостережуваних проявів.

Схема рішення проблеми складається поетапно з:

- визначення теоретичних основ, ідеології рішення даної проблеми;
- визначення за наведеною схемою інформаційних та методичних засад поточного спостереження за об'єктами, а саме за інтегральними проявами (показниками) їх «здоров'я»;
- визначення за тими ж підходами технології спостереження за динамікою змін «здоров'я» всіх цих об'єктів протягом життя (людиною, населенням, середовищем їх існування, створеної ними системи охорони власного здоров'я);
- обґрунтованого вибору організаційних засад та їх складових для формування доступної і якісної системи охорони здоров'я, адаптованої до територіальних історичних та національних традицій існування людей і спрямованої на вирішення проблем сталого покращання їх здоров'я та «здоров'я» самої (підлаштованої до вимог людей) системи.

Стратегія побудови рішення орієнтується на споживачів медико-оздоровчих послуг (населення) з урахуванням їх унікального на контрольованих територіях статево-вікового, національного та виробничого складу, соціоекологічних особливостей місць проживання на початковому (стартовому) етапі запровадження організаційних перетворень в системі охорони їх здоров'я.

Реалізація рішення концептуально ґрунтується на визначенні факту неподільної цілісності населення, його здоров'я та стану територій (середовища) його проживання (однією із складових якого постає якість і доступність системи охорони здоров'я), а також визнанні здоров'я населення *виключно єдиним критерієм оцінки доцільності та ефективності економічної діяльності і економічного розвитку будь-яких територій* (за Резолюцією ГА ООН 34/58 1979 р.) [5]. Розвиток на цих засадах теорії здоров'я, а згодом і теорії старіння Стрелера–Мілдвана [13] довели, що інтегруючим показником здоров'я населення постає статево-віковий показник його дожиття (виживання), який змістовно і методично узгоджує і водночас формує спільні основи інтегральної оцінки якості здоров'я людей, соціоекологічної якості територій їх мешкання і праці і, зокрема, якості створеної ними на цій території (на підставі власно розроблених законів) територіальної системи охорони, збереження і підтримки здоров'я.

За узагальненням наведеного встановлено [8] повну взаємозалежність понять «здоров'я» і «виживання». Роки тривалості життя оцінюються як часовий показник використаного «граничного ресурсу»

життєстійкості» або «ресурсу здоров'я і життя» (тривалості життя «здоров'я» досліджуваного об'єкта). За таким підходом здоров'я населення репрезентувалося просторово-часовим параметром – показником середньої очікуваної тривалості життя, величина якого відображала наслідок узгодженого взаємозв'язку певних унікальних «внутрішніх» ознак стійкості населення до збереження здоров'я і життя в конкретному середовищі (за статтю і віком) та певних «зовнішніх» (територіальних) умов підтримки цієї стійкості. До останніх належать і характеристики дієвості системи охорони здоров'я.

У застосованому методологічному підході демографічні ознаки населення стали містком для поєднання біологічних, медичних, соціальних, соціоекологічних, економічних ознак його здоров'я та відповідних показників, що сприяло розробці нових методів у діючій інформаційній системі галузі, створило умови для вдосконалення управління охороною здоров'я населення, а також постало джерелом і кодом визначення провідних напрямів перебудов у галузі [3].

Одержані результати довели, що розв'язання досліджуваної проблеми потребує розробки нового напрямку в оцінці здоров'я населення з удосконаленням існуючої інформаційно-методичної системи керованого впливу на його динаміку і виживання. З цією метою головна увага була зосереджена на узгодженні традиційних методичних підходів в оцінці здоров'я населення, системи його охорони та середовища проживання з параметрами дожиття для обґрунтування їх спільного інтегрального виміру й оцінки для прийняття погоджених управлінських рішень.

За цільовим пошуком визначено провідні інтегральні показники, від яких залежить перебіг процесів здоров'я населення протягом життя із встановленням їх сталого, закономірного зв'язку [8]. Це граничний вік життя, внутрішня (природжена) та зовнішня (набута) життєстійкість; всі їх системно поєднав параметр дожиття.

Математична формула зв'язку цих параметрів визнана «законом виживання популяцій» [11]. Залучення до цих знань урахування проявів хвороб, які суттєво впливають на збереження і втрати вродженого «ресурсу здоров'я», життєздатність і життєстійкість поколінь населення, згодом було репрезентовано відкриттям «закону збереження здоров'я населення» [1].

Цільові аналітичні дослідження довели, що інтегральні параметри природженої (внутрішньої) та набутої (зовнішньої) життєстійкості дуже чутливі до реально спостережуваного перебігу процесів здоров'я населення (за традиційними показниками) і, водночас, вони спільно (і невід'ємно!) впливають на значення середньої тривалості життя населення.

Це вперше стало свідченням отримання реальної можливості інтегральної оцінки впливу всіх чинників на здоров'я населення із виокремленням окремих (внутрішніх та зовнішніх) і, отже, можливості практичного контрольованого впливу на показник середньої тривалості життя, статево-вікові динамічні характеристики його задзеркала протягом всіх років

існування людини (населення). Наслідком цього постає отримана можливість конструктивного контролю ефективності загально-соціальних, територіальних та відомчих оздоровчих програм на етапі їх планування, реалізації та на завершальному етапі (водночас і контролю ефективності використання ресурсів на чинні програми та заходи).

Наведене конструктивне розв'язання однієї з провідних проблем медицини вперше в медичній науці і практиці створило реальні умови для формування прогнозованої (за планованими цілями), спостережуваної та вимірюваної (по відношенню до здоров'я населення, його динаміки та наслідків), модифікованої та ресурсозбережуваної (за стратегічними ознаками) системи управління здоров'ям населення та системою його охорони.

Для цілей багатоаспектного управління охороною здоров'я із залученням сучасних економічних важелів впливу на результати перебудов в охороні здоров'я системний поділ отриманих нових інтегральних показників здоров'я здійснено за схемою [8]:

<m, f, g>

де: m – морфологічні ознаки явища;

f – функціональні характеристики явища;

g – похідні (від m та f) спостережувані і контрольовані прояви явища;

< > – дужки фіксують невід'ємну єдність наведених складових.

За наведеною схемою на стартовому (початковому) етапі експертної оцінки здоров'я людей з метою планування будь-яких оздоровчих заходів/програм на будь-яких територіях на довільний час провідними маркерами здоров'я населення постають показники його внутрішньої (природженої) та зовнішньої (набутої) життєздатності і життєстійкості (базові морфологічні ознаки здоров'я). Ці показники можна залучати для моментної інтегральної оцінки здоров'я на будь-якому віковому етапі життя з урахуванням чисельних аспектів – статі, національності, професії, території мешкання, багатьох інших статусів. Вони формують на кривині довголіття всі його характеристики (за регіонами, підйомами, падіннями, розміром – висотою та довжиною) на повному циклі життя. Всі ці спостережувані параметри здоров'я віддзеркалюють дієвість чинних соціально-оздоровчих заходів, а отже, дієвість галузевих структур охорони здоров'я щодо збереження ресурсу здоров'я населення (шляхом цільових системних розрахунків для практичного управління здоров'ям населення і системою його охорони у будь-якому куточку Землі нами створені «Світові таблиці здоров'я», в яких репрезентовано повний «спектр робочих значень» наведених інтегральних показників з поясненнями їх використання у національних та регіональних розробках загальних та цільових оздоровчих програм, розрахунку прогнозів їх ефективності та часу досягнення бажаних результатів, визначення обсягу і структури належних ресурсів разом із контролем останніх [3, 13]).

На будь-якому віковому етапі життя прямим маркером якості здоров'я певної групи населення при поточному спостереженні неї (за статтю, професією, хворобами, диспансерною групою, територією мешкання, способом життя тощо) виступає ризик їх здоров'ю, життю, збереженню (втрати) чинного ресурсу. «Ризики здоров'ю і життю», які нескладно визначати на всіх вікових етапах, віддзеркалюють функціональні ознаки практики збереження ресурсу здоров'я і життя в певних територіальних умовах середовища.

Тут належить зазначити наступне. Поширена ідеологія бажаних економічних перетворень в Україні відновлює давно існуючу світову практику приватної медицини, яка ґрунтується на гаслі «гроші йдуть за пацієнтом». Різними способами цю ідеологію залучили до побудови у більшості країн із страховою медициною. Проте точних, закономірно обґрунтованих методів визначення обсягу і структури оплати за звернення (обслуговування) пацієнта досі не існує: залучаються до розрахунків штучні підходи і методи, а згодом ... посилення на попередній досвід.

Медичні працівники і робітники будь-яких страхових фондів і компаній повинні керуватися наступним: завжди повинен страхуватися «ризик» виникнення явища, події – ризик народити здоровою дитину, ризик народити без ускладнень для здоров'я жінки, ризик захворіти, ризик отримати травму, ризик померти тощо. Таких ризиків безмежна кількість. Усі вони залежні від певної статусної приналежності пацієнта – від статі, віку його економічного статусу, території мешкання, доступу до медичних послуг, групи здоров'я, наявності дітей, машини, водійського стажу тощо. Безумовно всі ризики піддаються стратифікації: медичні, парамедичні тощо, за часом і обсягом дії та іншими характеристиками.

Ці та інші складові «страхового полісу» кожна людина, а не тільки лікар або страховик, повинні опанувати в межах власних взаємовідносин в суспільстві. Мова йде про визначення бажаних сфокусованих витрат на опікування здоров'ям кожної особистості, групи людей (за їх унікальними статусами). Це складна і тривала робота в майбутній діяльності системи охорони здоров'я, страхових компаній, фондів.

Але вже тепер визначення фінансового обсягу індивідуальної медичної страховки доступно для кожної людини за 4–5 критеріями (У 1996 р. автором вперше запропоновані закономірно обґрунтовані точні і коректні підходи та методи до розрахунків повних «СВТ-ризиків» (за статтю, віком і територією проживання) [10]. Не складно визначити ризики і за багатьма іншими статусами. Вперше найточніші розрахунки чинних ризиків і, зокрема, «ЗТ-ризиків», пов'язаних із захворюваннями (і травмами) стали доступні після встановлення закону збереження здоров'я населення [3, 1]).

Наслідковою, генетичною ознакою здоров'я населення – *g* (від *genesis* – «розвиток» неподільного зв'язку *m* та *f*) постає середня тривалість його життя. Цей показник у співставленні із показником граничної тривалості життя висвітлює дійсний реально використаний (в певних умовах існування) на відміну від

природно отриманого *homo sapiens* біологічного (видового) ресурсу здоров'я і життя при народженні – 120 років [13] (В останні роки отримані нові наукові знання про вплив на поширеність хронічних хвороб і, відповідно, тривалість життя людей, певних генетичних маркерів. Вони слушно доповнюють результати наведених системних розробок, сприяють більш точному визначенню складових внутрішньої (природженої) життєстійкості населення і, за ними, прогнозів очікуваної тривалості життя).

Визначення напрямів перебудов, обсягів і структури ресурсів для підтримки цих перебудов в охороні здоров'я ґрунтується на використанні всіх наведених 3 груп прямих (прямої дії) інтегральних показників здоров'я населення.

Наведена ідеологія не прив'язана до певних джерел ресурсів підтримки і здійснення перебудов у галузі – ресурси можуть виділятися з боку державного (місцевих) бюджетів, цільових муніципальних фондів, фондів містоформуючих підприємств, від клерикальних структур, національного фонду копалин, відрахувань із зарплати у працюючих осіб, складатися з особистих внесків тощо.

Зазначимо, що стратегічною основою для вимірів обсягу і структури фінансування охорони, захисту і підтримки здоров'я населення виступають показники внутрішньої та зовнішньої життєстійкості, а також граничної тривалості життя, а ресурси, визначені за поточними ризиками здоров'ю і життю – додаткові і призначаються для медичного обслуговування окремих груп людей.

Зазначимо, що за пропонованою ідеологією перебудов ресурси, отримані за будь-якими джерелами, повинні спрямовуватися виключно на підтримку і охорону здоров'я людей. Не на утримання будівель, комунікацій та кровлю медичних закладів, а виключно на підтримку і збереження ресурсу здоров'я населення. Будівля, чинні ремонтні роботи та всі інші види опікування приміщеннями медичних закладів – це функція і цільові джерела поточного фінансування з боку місцевих рад.

Водночас зауважимо: плановані радами фонди на охорону, захист і розвиток здоров'я людей – це прояв і наслідок національної політики, провідна складова бюджету України. Місцеві ради, ураховуючи унікальність територій, повинні залучати додаткові науково-обґрунтовані обсяги ресурсів для підтримки здоров'я населення. Чинні фонди – джерело динамічного спостереження за здоров'ям населення, окремих його груп і джерело формування регульованого, контрольованого та ресурсозбережувального впливу на здоров'я людей, тривалість їх життя, тривалість його здорової частки, якість чинних профілактичних програм та лікувальних заходів. Це регульована та контрольована основа спостереження за тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та смертністю за різних чинників. Водночас це регульована, контрольована (керована) та ресурсозбережувальна основа витрат на медичне страхування населення і, отже, ресурсна основа створеної страхової медицини.

Пропоновані ідеологія та відповідна до неї інформаційно-методична система управління здоров'ям населення підносять управління галуззю охорони здоров'я як окрему технологію, похідну від спостережуваних параметрів здоров'я; так само це відноситься і до управління середовищем життєдіяльності людей (його соціоекологічним станом).

Треба зазначити, що наведена інформаційно-методична система має характеристики і властивості, відповідні до вимог ВООЗ [4], зокрема: система технологічна, придатна для практичної реалізації, вміщує для управління здоров'ям населення мінімальний набір інтегральних, закономірно визначених і доступних для виміру контрольованих параметрів, ґрунтується на традиційній базі даних галузі, придатна для використання на будь-яких територіях, а також вирішення «вертикальних» і «горизонтальних» завдань в системі управління охороною здоров'я, спрямована на конструктивну дію – покращання здоров'я населення, територій його проживання і власної діяльності галузі охорони здоров'я.

Зазначимо також, що отримана можливість визначення закономірно обґрунтованої «вартості» здоров'я, обсягу і структури бажаних ресурсів для його підтримки та відновлення вперше створила конструктивні умови для соціального проектування здоров'я населення, створення прогнозованої, модифікованої та ресурсозбережувальної системи управління ним.

Водночас підкреслимо, що при використанні інтегральних параметрів здоров'я належить усвідомити наступне. Середовище існування населення впливає на представників усіх вікових груп, з приводу чого інтегральні параметри в моделі управління мають «колективну» природу, однакову для всіх вікових груп, що саме і відбивається у показниках внутрішньої та зовнішньої життєстійкості, але спостережувані та вимірювані статеві-вікові чинники завжди репрезентують унікальні характеристики впливу середовища на окремі групи населення. Вони виступають незалежним аргументом моделі, але піддаються контролю й управлінню на ґрунті тих самих інтегральних показників здоров'я.

На цих підставах стає коректним в управлінні здоров'ям населення виділення двох шаблів: «індивідуального», спрямованого на корекцію та тренаж функцій окремої людини, де роль галузевої системи охорони здоров'я досить суттєва, і «колективного» – спрямованого на управління здоров'ям всього населення, складовою якого є управління соціальним осередком у всій його цілісності, де дії галузевої системи охорони здоров'я підтримані спільним і узгодженим функціонуванням разом з нею інших соціальних інститутів та громадських служб. Ще раз зазначимо, що управління останніми на засадах використання традиційних (часткових) показників здоров'я – народжуваності, захворюваності, смертності тощо неможливе.

Пропонована ідеологія, інформаційно-методичні та технологічні засади управління перебудовою існуючої

системи охорони здоров'я ґрунтуються на двох законах – виживання популяції та збереження здоров'я населення. Вони – основа нового світогляду на перебіг здоров'я населення на його життєвому шляху, його рольову функцію в життєзабезпеченні не заперечують цінності інших тисячоліттями накопичених знань про здоров'я людей. Вони – не конкуруючі, а взаємодоповнюючі знання про перебіг процесів в середовищі існування людей, якості життєдіяльності в цьому середовищі, якості динамічних процесів здоров'я, умов його збереження, нарешті, виживання популяції, груп людей, окремих поколінь, які мешкають в певних умовах і в певний час.

Визначення родового і аспектних понять «здоров'я» [8] разом із встановленням закону виживання та закону збереження здоров'я населення поєднало поняття «здоров'я індивіда» і «здоров'я населення», відкрило шляхи їх взаємного узгодження і встановлення спільної основи в системі медичних знань і традиційних засад спостереження та контролю.

Запропонований підхід сприяв також тому, що як науковці, так і фахівці практичної охорони здоров'я, не зважаючи на їх вузьку спеціалізацію, одержали можливість усвідомлювати сутність завдань, які постають перед фахівцями не тільки споріднених, але й далеких за змістом діяльності спеціальностей, оцінювати ефективність запропонованих рішень і, відповідно до останніх, включатися у продуктивну взаємодію щодо вирішення спільних і, головне, найвищого рівня складності проблем охорони здоров'я населення.

Запорукою вірності знайденого рішення постає визнання суспільством здоров'я населення кодом вирішення власних питань, питань галузі і виключно єдиним параметром оцінки якості розвитку будь-яких територій, їх соціальних та екологічних властивостей щодо збереження здоров'я людей [5].

Висновки

Базовою теоретичною та інформаційно-методичною основою розвитку і будь-яких перебудов у системі охорони здоров'я придатні стали закони виживання популяції та збереження здоров'я населення, похідні від них давно розроблені методи та показники.

Основою для національних і регіональних системних розрахунків параметрів здоров'я, визначення життєпридатності територій для проживання людей, обсягу медичної допомоги і формування чинних структур придатні три провідні групи інтегральних показників здоров'я населення; вони дають змогу на повному життєвому циклі сприяти охороні і збереженню його початкового (природженого) ресурсу, а також узгоджуються з існуючою в галузі традиційною інформаційно-методичною системою.

Запропоновано з метою здійснення ринкових перетворень в охороні здоров'я залучати для визначення обсягів і структури страхових фондів (у системі медичного страхування населення) з наступним формуванням економічних основ страхової медицини інтегральні показники ризиків здоров'ю і життю людей.

Перспективи подальших досліджень

Пропонована розробка узгоджена із вимогами світової програми «Здоров'я для всіх», не прикута до «вибраних» джерел ресурсів (для здійснення перебудов), технологічна, містить мінімальний набір управлінських

маркерів, придатна для використання на будь-яких територіях, спрямована на конструктивні дії; її реалізація дозволить суттєво зменшити хронізацію патології, інвалідність, смертність населення, збільшити загальну тривалість його життя.

Література

1. Горський П. В. Закон збереження здоров'я населення / П. В. Горський, В. Л. Таралло // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 75–79.
2. *Здоровье для всех к 2000 г.* Глобальная стратегия: Серия «Здоровье для всех» / пер. с англ. – Женева : ВОЗ, 1981. – Москва : Медицина, 1981. – № 3. – 104 с.
3. *Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности* / В. Л. Таралло, П. В. Горский, И. Д. Шкробанец, М. И. Грицюк. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 658 с.
4. *Информационное обеспечение нового направления деятельности в области общественного здравоохранения на районном уровне* : Доклад Комитета экспертов ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 6–16.
5. *Резолюция* Генеральной Ассамблеи ООН. UNGA 34/58. – 1979. – С. 5.
6. Таралло В. Л. Безпека існування і здоров'я нації / В. Л. Таралло // Буковинський медичний вісник. – Чернівці, 1997. – Т. 1, № 1. – С. 89–95.
7. Таралло В. Л. Визначення обсягу та структури територіальних фондів охорони здоров'я населення: системний підхід / В. Л. Таралло // Медичні перспективи. – Дніпропетровськ, 2000. – Т. V, № 1. – С. 94–99.
8. Таралло В. Л. Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В. Л. Таралло. – Чернівці : ЧМІ, 1996. – 175 с.
9. Таралло В. Л. Методичні аспекти дослідження здоров'я населення на основі моделі виживання / В. Л. Таралло // Демографічні дослідження : збірник наукових праць. – Київ, 1996. – Вип. 18. – С. 57–71.
10. Таралло В. Л. Системне узгодження станів здоров'я населення та територій його мешкання / В. Л. Таралло // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 1998. – № 3–4. – С. 6–8.
11. Таралло В. Л., Горський П. В., Тимофеев Ю. А. Закон виживання популяцій. Сертифікат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000324, шифр 005, код 00015, г. Москва, 4 июня 1998 г.
12. Тимофієв Ю. О. Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації / Ю. О. Тимофієв, В. Л. Таралло // Хист. – Чернівці, 1993. – № 1. – С. 24–28.
13. *Strechler B. L. General theory of mortality and aging* / B. L. Strechler, S. S. Mildvan // *Science*. – 1960. – Vol. 132 (3418). – P. 14–21.
14. *Tarallo V. L. Classics of Population Health* / V. L. Tarallo. – Chernovtsy : BSMU, 2015. – 736 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2017 р.

**Концептуальные аспекты перестройки
здравоохранения Украины***В.Л. Таралло*ВГНУУ «Буковинский государственный
медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель – определить надежные и перспективные идеологии и информационно-методических основ перестройки в системе здравоохранения.

Материалы и методы. В разработке использованы материалы собственных теоретических, технологических, методических и информационных исследований, которые основываются на официальных статистических данных о протекании процессов здоровья населения всей Украины.

Результаты. По результатам многоаспектного исследования определено, что базовой теоретической и информационно-методической основой развития системе здравоохранения и любых форм его перестройки могут выступать законы выживания популяций и сохранения здоровья населения производные от них методы и показатели. На основе моделей законов выделено для контроля здоровья населения три группы интегральных показателей. Они охватывают по этапам весь цикл жизни и согласованы с действующей в отрасли традиционной информационно-методической системой. Предложено с целью поддержки рыночной перестройки в здравоохранении использовать для определения объема и структуры страховых фондов (в системе медицинского страхования населения) и последующего формирования экономических основ страховой медицины интегральные показатели «полных» рисков здоровью и жизни людей (их можно определять по разным группировкам с учетом запросов потребителей).

Выводы. Разработка согласована с требованиями мировой программы «Здоровье для всех», не «прикована» к «избранным» источникам ресурсов, используемых в перестройке, технологична. Содержит минимальный набор управленческих маркеров, может использоваться на любых территориях проживания людей, нацелена на конструктивные действия и результат. Ее реализация позволит существенно снизить хронизацию распространенной патологии, инвалидность, смертность, увеличить среднюю продолжительность жизни, ее «здоровую» часть.

Ключевые слова: системный анализ, интегральные показатели, здоровье населения, эффективность здравоохранения.

**Conceptual aspects of the reforms
in Ukrainian health protection***V.L. Tarallo*HSEIU “Bukovinian State Medical University”,
Chernivtsi, Ukraine

Purpose – to find a reliable and long-term ideology and an informative and methodological base for the reforms in the system of health care. We have used the materials of our own theoretical, methodological and information research based on the official statistical data on the processes in the health care of Ukraine.

Materials and methods. Our multispect studies resulted in the awareness of the fact that any reforms in the health care system must be based theoretically and methodologically on the laws of the population survival and protection of health as well as on their element components and derivative methods.

Results. Based on the above, we have established three leading groups of integral indexes for people’s health, which allow, throughout our life, to promote the protection and preservation of its original (congenital) resources; they are all consistent with existing in medicine traditional information and methodological system. In order to carry out the reforms in the system of health care, we proposed to use the integral indices of risk factors for people’s health and life to determine the amount and structure of insurance funds (in the health insurance of the population), followed by the formation of the economic foundations of health insurance; these indices are easy to stratify to the needs of the user.

Conclusions. Our course book is consistent with the requirements of the global program “Health for all” is not confined to “favorite” resources concerning the reforms, it is technological, it contains a minimum set of management markers, it is suitable to use at any area and is aimed at the constructive actions. Its implementation will significantly reduce chronic disease, disability, mortality, increase the overall life expectancy as well as their “healthy” portion.

Key words: system analysis, integral indices, people’s health, effectiveness of health care.

Відомості про автора

Таралло Володимир Леонідович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.