

## Управління здоров'ям у ринкових умовах господарювання

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

**Мета** – виділити провідні показники для інтегральної оцінки здоров'я людей та дієвості системи охорони здоров'я на всіх етапах життя населення для використання в умовах страхової медицини.

**Матеріали та методи.** У роботі використані матеріали багаторічного системного аналізу вікових змін протягом життя інтегральних показників виживання та збереження здоров'я за параметрами законів виживання популяцій та збереження здоров'я населення.

**Результати.** Пропонується на відміну від методології «управління охороною здоров'я» методологія «управління здоров'ям населення», за якої перша постає похідною, засобом та інструментом управління здоров'ям населення. Методичні проблеми розв'язуються шляхом залучення до прийняття рішень інтегральних параметрів законів виживання та збереження здоров'я: внутрішнього (вродженого) і зовнішнього (набутого) показників життєздатності/життєстійкості з урахуванням зв'язку останніх із поширеністю хронічних хвороб, що дало вихід на вимір вікових (із безліччю аспектів розгляду) показників ризиків здоров'ю і життю і створило закономірну методологічну та методичну основу визначення чинних страхових ризиків.

**Висновки.** Основою організаційно-функціональних перетворень в охороні здоров'я повинна виступати концепція «управління здоров'ям населення», яка є базовою в технології формування гнучкої, ресурсоекономної та адекватної до здоров'я населення системи охорони здоров'я. Провідними показниками визначення напрямів, обсягів та структури перетворень в охороні здоров'я під час ринкових перетворень і переходу до страхової медицини повинні виступати ризики здоров'ю і життю.

**Ключові слова:** здоров'я населення, інтегральні показники, управління охороною здоров'я, страхова медицина.

### ВСТУП

Традиційні статистичні показники, що в обігу в охороні здоров'я, структуровані у групу показників здоров'я населення і групу показників охорони здоров'я. Але їх інформаційна, методична основа та технологія отримання конструктивно не сприяють виходу на інтегральну оцінку як здоров'я людей, так і дієвості галузі охорони здоров'я. Виходячи з цього, в останні десятиліття найбільш адекватними і коректними для спостереження за здоров'ям людини (населення) і систем його охорони вважають елементні показники формул закону виживання популяцій [5] та закону збереження здоров'я населення [1].

На даний час в очікуванні переходу охорони здоров'я України на ринкові умови господарювання, зокрема на страхову медицину, постає питання щодо виділення для всіх етапів життя інтегральних показників, здатних забезпечити спільні вимоги: і медичного страхування населення, і ресурсної підтримки становлення та розвитку страхової медицини.

**Мета роботи** – виділити провідні показники для інтегральної оцінки здоров'я людей та дієвості системи охорони здоров'я на всіх етапах життя населення для використання в умовах страхової медицини.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами для роботи стали результати цільових досліджень перебігу інтегральних параметрів здоров'я населення України за чотири десятиліття в усіх областях, методи – аналіз перебігу процесів виживання і коливань здоров'я пов'язаних із зовнішніми, соціоекологічними чинниками, а також із поширеними

хронічними хворобами – за шкалами довголіття. Групування параметрів динаміки здійснюється за семантикою елементних показників формул законів виживання популяцій та збереження здоров'я населення із використанням системного аналізу, адаптованого для медико-соціальних досліджень [6].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Цільове призначення системи охорони здоров'я полягає у реалізації програм захисту та охорони здоров'я населення протягом усіх років життя на будь-яких територіях. Отже охорона здоров'я повинна бути динамічною, гнучкою за своєю структурою та активною, відповідно до змін у динаміці здоров'я населення.

Тривалий час організаційна структура охорони здоров'я пов'язувалася із віком та статтю. Це призвело до виділення неонатології, педіатричної, підліткової, акушерсько-гінекологічної, геріатричної та інших служб. Проте чинні нововведення не мали системного характеру і переважно ґрунтувалися на вікових особливостях медичного спостереження населення без урахування нозології поширених хвороб, особливостей територій проживання населення тощо. Наведений поділ системи медичного забезпечення населення не придатний до системних ринкових перетворень в охороні здоров'я.

Для переходу на страхову медицину пропонується інша методологічна основа – концепція «управління здоров'ям населення». За неї стрижнем управління постає управління здоров'ям населення, де склад, структура, форми, обсяг (тобто ресурсна основа) галузевої системи охорони здоров'я є похідними,

вторинними від якості здоров'я людей. За таким підходом ресурси галузі охорони здоров'я виступають лише одним з інструментів досягнення бажаного здоров'я. До того ж традиційна система організації медичної допомоги не змінюється і не замінюється. Поєднуються обидва підходи, де вперше всі критерії дієвості галузі подаються в термінах, поняттях та одиницях «здоров'я населення» (на разі в обігу виключно ресурсні терміни).

Зазначимо, що в традиційній організації охорони здоров'я (яка існує на будь-яких економічних засадах) завжди відбивається конкретне соціально-економічне замовлення – відповідно до ресурсних джерел, а також за структурою рольових функцій «виробників цих джерел» у суспільстві. На відміну від такого підходу, концепція «управління здоров'ям населення» віддзеркалює інший – медико-біологічний – підхід в управлінні охороною здоров'я. За ним реалізується гуманістичний аспект медицини, спільний для всіх верств і статево-вікових груп населення, де будь-яка людина або група людей (без обмежень їхніх прав) розглядається як провідний об'єкт створеного соціо-екологічного доквілля.

Наведені засади – стрижень конструктивного вирішення проголошених ВООЗ принципів рівності і справедливості в питаннях медичного забезпечення населення [7, 9]. Здоров'я за такою концепцією виступає і як засновник, і як похідна характеристика створеного самим населенням соціо-природного середовища і визначається виключно в погодженому зв'язку з ним.

Якщо враховувати, що середовище має фіксовані за територіальною ознакою характеристики (серед яких і якість здоров'я населення), то логічно випливає, що поліпшення здоров'я населення невід'ємне від вирішення соціо-екологічних і фізико-екологічних проблем на цих територіях. Тоді виходить, що вирішення будь-яких екологічних проблем можливе виключно в погодженому зв'язку зі здоров'ям населення, що дає право стверджувати: здоров'я населення – стрижень і код вирішення всіх соціо-екологічних проблем у місцях проживання людей.

За цих умов управління охороною здоров'я постає організаційно-технологічним аспектом досягнення бажаного стану здоров'я людей, а система охорони здоров'я – засобом та інструментом управління здоров'ям населення.

Головний результат діяльності чинної системи проявляється в конкретних послугах населенню – профілактичних і лікувальних, проміжний результат проявляється у змісті та напрямках впливу на умови життя медичної допомоги, їх якість, тобто на середовище існування населення, а кінцевий – у спостережуваних показниках здоров'я людей.

Зазначимо, що в управлінні охороною здоров'я управління здоров'ям населення явно не виділяється. Воно приховане в глибинах функціонування різних розшарованих служб, внаслідок чого в управлінні охороною здоров'я відсутній зворотний зв'язок із конкретним станом здоров'я населення.

Наведене є перепорою для створення ефективної страхової медицини. Наразі охорона здоров'я керує виключно самою галуззю. Пацієнт у ній – тільки елемент. З цих причин усі керівні рішення і дії трактуються в

ресурсній термінології (звернення, відвідування, охоплення щепленнями, оглядами, ліжко-дні тощо). У них здоров'я населення так завуальоване, що навіть фахівцям неможливо дістатися за цими показниками знань про перебіг здоров'я чинних пацієнтів – у відповідних рішеннях розмова йде про «умовне» здоров'я, про наміри або наслідки.

Виходячи з наведеного, управління системою охорони здоров'я наразі зумовлює не відповідний за якісними ознаками до здоров'я населення механізм роботи галузі. Це спричиняє витратну стратегію і механізм функціонування окремих служб та системи в цілому. За таких обставин кризові явища в організації, управлінні і ресурсному забезпеченні галузі ніколи не зникнуть, вони будуть тільки нашаровуватися і зростати.

Концепція «управління здоров'ям населення» [8] ґрунтується на наступних засадах:

- визначення неподільної єдності населення і середовища його існування зі специфічними якостями;

- піднесення здоров'я населення до виключно єдиного критерію оцінки якості соціально-економічного розвитку будь-яких територій [8];

- визнання здоров'я населення наслідком неподільного функціонування і розвитку самих людей та їх соціального й екологічного середовища; воно не є похідним виключно від зусиль і дій (програм) галузі охорони здоров'я;

- визнання здоров'я людини (населення) індикатором якості соціального і природного середовища територій їх мешкання та найважливішим елементом багатоаспектного впливу на це середовище;

- визнання здоров'я наслідком соціальної діяльності та профілактичної активності самих людей;

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

Подана методологія свідчить, що концепція «управління здоров'ям населення» – найбільш коректний і конструктивний підхід для сталого покращення здоров'я населення, для проведення належних організаційних перетворень в охороні здоров'я. Але реалізація даної концепції у практиці охорони здоров'я вимагає наявності показників, придатних для спільної оцінки здоров'я населення, якості організації, функцій, управлінських цілей та ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

Проведені дослідження довели, що найкращим чином усі вказані проблеми та управлінські цілі вирішуються із залученням показників двох законів – виживання популяції та збереження здоров'я населення. Отримавши чинні параметри, нескладно вирішувати всі поточні, проміжні та перспективні завдання для покращення здоров'я людей, покращення діяльності галузі та загалом якості територій проживання людей, способу їх життя [2].

Це важливо ще й тому, що всі вони повністю узгоджуються з традиційними показниками, ґрунтуючись на єдиній інформаційній основі (чинних облікових і звітних медичних документах, що в обігу в галузі).

Елементні показники цих законів відбивають якість взаємодії населення із середовищем його проживання і дозволяють визначити, за яких умов можуть бути досягнуті

бажані показники здоров'я і бажана середня тривалість життя населення. Окрім того, вони дозволяють встановити, який ресурс здоров'я неповністю використовується (за віком, статтю, нозологією, місцем проживання тощо), до того ж у вимірюваному вигляді. Тобто постає можливість за вказаними статусними ознаками точно визначати ризики здоров'ю і життю, а на їх підставі – обсяг бажаних компенсаційних ресурсів (медичних, профілактичних, фармакологічних, фінансових тощо).

Володіння цими знаннями дозволяє створити належну систему медичного страхування населення, а на її підставі – ресурсні умови побудови страхової медицини. При цьому зазначимо, що загальний обсяг ресурсів наперед нескладно визначити для кожного покоління в рік його народження і згодом корегувати за ризиками здоров'ю і життю протягом усіх років життя. Оцінювати ефективність чинної системи медичного страхування також можна за використанням значень ризиків здоров'ю і життю. На прикінцевих вікових групах життя ефективність витрат додатково оцінюється шляхом зіставлення реальної середньої тривалості життя із граничною шляхом розрахунків показників якості життя та якості способу життя.

Отже, статеві ризики постають бажаними інтегральними маркерами для оцінки якості перебувань у галузі. Вони віддзеркалюють не тільки якісні ознаки ступеня безпеки окремих груп людей і зміни в динаміці їхнього здоров'я, але й, водночас, активність і впливовість медико- та соціально-оздоровчих заходів. Межі дії ризиків (за віком) дають нам знання про простір і тривалість їхньої дії (тривалість ресурсної підтримки оздоровчих заходів), а величини значень – про ступінь відхилення від встановлених «норм» і, отже, величини і граничні межі ресурсної підтримки чинних заходів. Залучення цієї інформації знімає невизначеність оцінок, своєчасно запобігає загрози здоров'ю.

Зазначимо, що на кривині динаміки здоров'я населення впродовж життя завжди точно відбиваються місце (за віком і статтю) відхилення у здоров'ї, а також величина цих відхилення – як ступінь загрози для адаптації у певному середовищі. З метою управління належить усвідомлювати, що всі показники ризику змінювані в динаміці і керовані, тобто їх можна посунути в той чи інший бік, зменшити або зовсім нівелювати (як і попередити) на певному проміжку життя.

Використання чинних особливостей дозволяє за фіксацією ризику встановити напрям дії медико-оздоровчих програм (певних заходів) при регулюванні здоров'я населення, а також місце і масштаб дій впливу. Усі вони мають унікальні для території і населення, що там проживає, характеристики.

Тобто ризик постає як умова і місце спрямування ресурсів, як основа визначення їх обсягу (за відхиленням) і є найважливішим елементом у системі прийняття рішень в управлінні здоров'ям і його охороні.

Зазначимо ще раз, вони вкрай необхідні і бажані для управління здоров'ям (медичним страхуванням) та управління охороною здоров'я (страховою медициною) саме при переході і дії ринкових умов господарювання в галузі. При цьому підкреслимо, що ризики, визначені із залученням параметрів законів виживання популяцій і

збереження здоров'я населення, вперше репрезентують повні (не часткові) для кожної людини і для кожного досліджуваного елемента діяльності галузі величини.

Зауважимо також, що ризики, виступаючи системним показником здоров'я, несуть у собі як позитивну, так і негативну інформацію. Негативну – щодо впливу на здоров'я населення, а позитивну – як конструктивну основу і вказівку для визначення напряму, обсягу і тривалості дій системи управління на нього.

На цих підставах ризики виступають і як основа, і як джерело, і як одиниця виміру, і як маркер місця і розміру негативного впливу патологічних чинників для формування обсягу і структури бажаних ресурсно-організаційних перетворень в охороні здоров'я в узгодженні зі станом здоров'я населення [3].

Визначення показників ризику здоров'ю і життю вирішує проблеми спільного та узгодженого управління здоров'ям населення і галуззю охорони здоров'я, створює гнучку організаційно-функціональну будову останньої.

Алгоритм визначення структурної будови охорони здоров'я на окремих територіях за вищенаведеною ідеологією наступний:

1. Визначається обсяг та статеві структура неповного використання років життя (як «ресурсу здоров'я») шляхом порівняння відповідних показників таблиць смертності населення (трендових, 130-річних) з показниками таблиць смертності, які визнані як «стандарту здоров'я і життя» [4].

2. Визначається за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ) структура чинників неповного використання «ресурсу здоров'я і життя» у всіх статеві груп [3].

3. Визначається за таблицями захворюваності і перебігу хвороб [2] структура організаційних заходів, недотримання якої дозволяє спричинити зменшення використання населенням його «ресурсу здоров'я і життя».

4. Визначаються ризики неповного використання населенням «ресурсу здоров'я і життя» у всіх статеві груп за класами МКХ [3].

5. Здійснюється реструктуризація ресурсів у програмах охорони здоров'я за формулою  $(Y+XY)$ , де  $X$  – ризики неповного використання «ресурсу здоров'я і життя»,  $Y$  – дійсні характеристики стану і структури ресурсного забезпечення медико-профілактичних програм.

6. Проводиться корекція структурно-функціональної будови діючих елементів системи охорони здоров'я населення за визначенням бажаної структури ресурсів (проводиться щорічно за результатами цільового моніторингу динаміки здоров'я населення) [2, 8].

Усі чинні методи обробки та аналізу матеріалів передані автором МОЗ України.

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

Наведена розробка вирішила проблему створення гнучкої системи охорони здоров'я. Реалізація її на практиці створює конструктивні умови для формування в державі: прогнозованої, за планованими цілями,

спостережуваної та вимірюваної, з боку здоров'я населення, модифікованої (гнучкої) і ресурсозберігаючої (економічної), за стратегічними ознаками, національної і територіальних систем управління охороною здоров'я.

За наведеною розробкою система регулювання здоров'я населення та системи його охорони завжди буде здійснюватися за наступними принципами: у потрібному місті, у потрібний час, у необхідному напрямку, з адекватним ресурсним забезпеченням, з точним прогнозуванням результату, з контрольованістю дій (ефекту) впроваджуваних заходів, а також ефективності використання виділених ресурсів [2, 8].

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

Проведене на вказаних засадах експериментальне дослідження на матеріалах Чернівецької області довело, що поліпшення здоров'я буковинців за контрольними орієнтирами ВООЗ [3], зокрема середня тривалість життя населення, може бути збільшена до 2030 р. з 71,6 до 77,1 року, або на 7,5%, у тому числі чоловіків з 67,1 до 73,9 року (на 10,0%), жінок – з 75,8 до 79,5 року, тобто на 4,9%.

Наведений підхід, іззовні відмінний від існуючих, всередині повністю узгоджується із сучасною політикою

ВООЗ щодо покращення здоров'я населення, він враховує принципи рівності і справедливості в наданні медичної допомоги, інтегрує управлінську інформацію та націлює її на дію.

### ВИСНОВКИ

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

2. Провідними показниками визначення напрямів, обсягів та структури, перетворень в охороні здоров'я під час ринкових перетворень і переходу до страхової медицини повинні виступати ризики здоров'ю і життю.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Відокремлений розподіл ресурсів в охороні здоров'я на «здоров'я населення» і «мережу медичних закладів» вимагає докладного аналізу обов'язкових внутрішніх складових у такому розподілі з визначенням рольової участі національних, регіональних і місцевих соціоекологічних інституцій та суто галузевих структур. Цьому плануємо присвятити подальші цільові дослідження.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Горський П. В. Закон збереження здоров'я населення / П. В. Горський, В. Л. Таралло // Східноєвропейський журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 75–79.
2. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / Таралло В. Л., Горский П. В., Шкробанец И. Д., Грицюк М. И. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 658 с.
3. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2000. – 310 с. – (Европейская серия по достижению ЗДВ-№ 6).
4. Таралло В. Л. Визначення обсягу і структури територіальних фондів охорони здоров'я населення: системний підхід / В. Л. Таралло // Медичні перспективи. – 2000. – Т. V, № 1. – С. 94–99.
5. Таралло В. Л., Горський П. В., Тимофеев Ю. А. Закон виживання популяцій // МРПІІН МАІ СЭС ООН. Регистрац. № 000324. Шифр 00005. Код 00015 – Сертифікат-лицензія, Москва, 04.06.1998 г.
6. Тимофієв Ю. О. Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації / Ю. О. Тимофієв, В. Л. Таралло // Хист. – 1993. – № 1. – С. 24–28.
7. Dahlgren G. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / G. Dahlgren, M. Whitehead. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1992. – 56 с.
8. Tarallo V. L. Classics of population Health / V. L. Tarallo. – Chernovtsy : BSMU, 2015. – 736 p.
9. Whitehead M. Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья / M. Whitehead. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1991. – 29 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 31.01.2017 р.*

### *Управление здоровьем в рыночных условиях хозяйствования*

*В.Л. Таралло*

ВГУЗУ «Буковинский государственный  
медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Цель** – выделить ведущие показатели для интегральной оценки здоровья людей и эффективности работы системы здравоохранения на всех этапах жизни населения для использования в условиях страховой медицины.

**Материалы и методы.** В работе использованы материалы многолетнего системного анализа возрастных изменений на протяжении жизни интегральных показателей выживания и сохранения здоровья, полученных с использованием закона выживания популяций и закона сохранения здоровья населения.

**Результаты.** Предлагается в отличие от методологии «управление здравоохранением» методология «управление здоровьем населения», где первая становится производной, способом и инструментом управления здоровьем населения. Методические проблемы решаются путем привлечения к управлению интегральных параметров законов выживания и сохранения здоровья: внутреннего (врожденного) и внешнего (приобретенного) показателей жизнеспособности/жизнестойкости с учетом связи последних с распространенностью хронических болезней, что способствовало выводу на измерение возрастных показателей рисков здоровью и жизни (с бесконечным числом аспектов рассмотрения) и создало закономерные методологическую и методическую основы для определения соответствующих страховых рисков.

**Выводы.** Основой организационно-функциональных преобразований в здравоохранении должна стать концепция «управления здоровьем населения», формирующая технологию гибкой, ресурсоэкономной и адекватной здоровью людей системы здравоохранения. Ведущими показателями определения направлений, объемов и структуры преобразований в здравоохранении в период рыночной перестройки и перехода к страховой медицине должны выступать риски здоровью и жизни людей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здоровье населения, интегральные показатели, управление здравоохранением, страховая медицина.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

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

### *Health management in market economy environment*

*V.L. Tarallo*

Higher State Educational Institution of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

**Purpose** – to identify the leading indices for integrated assessment of health and efficiency of health systems at all stages of life of people to use them in insurance medicine.

**Materials and methods.** We used the materials of many years' system analysis of age-related changes during the life, the integral survival and health rates according to the parameters of survival laws of populations and people's health maintenance.

**Results.** We proposed the methodology “population health management”, as opposed to “health management”, in which the latter becomes a derivative one, a means and a tool to manage the people's health. Methodological problems are solved by involving integral parameters of the laws of survival and health maintenance to decision making: innate (congenital) and external (acquired) indicators of sustainability/viability, taking into account the connection of the latter ones with the prevalence of chronic diseases, which gave access to the dimension of age (with many aspects of the proceedings) indicators of risk to health and life and created a logical methodological and methodical basis for determining the existing insurance risks.

**Conclusions.** The concept of “population health management”, which is the basic one in the technology of forming flexible, resource-saving and adequate to the health of the health system must become a basis for the organizational and functional changes in the health care. Risks to health and life must become the leading indices to determine directions, amount and structure of changes in the health care during the market reforms and transition to insurance medicine.

**KEY WORDS:** people's health, integral indices, health management, insurance medicine.