

Информационные технологии здоровья и долголетия

Теоретико-управленческое обоснование возможности участия граждан РФ в деятельности по охране здоровья

Л.А. ДАРТАУ, А.Р. СТЕФАНЮК

Аннотация. Государственная деятельность по охране здоровья населения Российской Федерации рассмотрена с позиций теоретико-управленческого подхода и обоснована необходимость расширения этой деятельности за счет управления непосредственно здоровьем в системе «Государство-Гражданин», при котором обеспечиваются достижение максимально возможного уровня индивидуального здоровья и ответственность граждан за конечный результат. Предложена организационно-правовая технология управления здоровьем и качеством жизни и возможные механизмы ее реализации в Российской Федерации путем создания новой сферы взаимоотношений государства с гражданином на основе контура совместного управления здоровьем. Основными субъектами (регуляторами) решения этой проблемы являются Государство и Гражданин. Но без участия медиков (вторых субъектов, но не регуляторов) она решена быть не может. Третьим ключевым субъектом решения проблемы становятся педагоги-валеологи. Актуальность предлагаемых решений подтверждается, в том числе, Указом Президента РФ № 601 от 7 мая 2012 г. «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления» и новой «Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденной Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.

Ключевые слова: феномен «здоровье», качество жизни, управление здоровьем, объект и субъекты управления, муниципальная власть и жизнедеятельность населения, организационно-правовая технология управления.

Введение

В конституциях всех развитых стран есть статьи, касающиеся здоровья граждан. Российский аналог такой статьи гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [Статья 41], т. е. государство обеспечивает охрану имеющегося у данного гражданина текущего уровня здоровья путем предоставления

ему так называемых «услуг по обеспечению жизнедеятельности населения на местах», входящих в компетенцию муниципальных властей. Статьи же об ответственности граждан за свое здоровье, корреспондирующих законодательно оформленному их праву на охрану здоровья, до последнего времени отсутствовали во всех официальных документах. Что касается текущего уровня здоровья, которым обладает конкретный гражданин, то, получив некий «потенциал здоровья» по факту рождения, этот уровень формируется самим гражданином как в среде, созданной для него государством, так и в

рамках привычек и навыков повседневной жизни (так называемым «образом жизни»). Исторически со стороны специалистов системы здравоохранения и медицинской науки пациент (гражданин) воспринимался как объект воздействия и изучения. Примерно то же самое представление существует и в общественном сознании. С 1947 г. высшей инстанцией в современном мире, призванной рефлексировать на тему здоровья, следует считать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ). В своих документах эта организация, настаивая на абсолютном праве и равенстве граждан любой страны на максимально достижимый уровень индивидуального здоровья «здесь и сейчас», в то же время относит обладание здоровьем к категории потребностей, которые гражданам должны обеспечивать некие поставщики «товаров и услуг», «как бы» снимая тем самым с гражданина личную ответственность за текущее здоровье [14]. Складывается впечатление, что под активной позицией (и гражданской ответственностью) населения в этой ситуации следует считать контроль с его стороны за качеством и количеством предоставляемых услуг: «Следует понимать, что ответственность за здоровье общества должно нести все общество» [23, с. iv]. Отмечается, что «... государственная политика больше не может просто предлагаться в готовом виде. ... показано, что для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное производство этого общественного блага, а также участие и сотрудничество граждан, потребителей и пациентов» [23, с. xi]. Однако конкретных форм указанного сотрудничества граждан и государства в докладе не предлагается, что характерно для документов ВОЗ, которые изначально носят рекомендательный характер, поскольку при принятии окончательного решения на уровне отдельных стран и территорий требуется учет многочисленных факторов, в том числе и ментального характера. В этой ситуации возникли интерес и востребованность в обществе к исследованиям феномена здоровья со стороны представителей многочисленных научных дисциплин, включая технические науки. Среди них – специалисты по информационным технологиям, инженеры по знаниям, социологи, психологи, педагоги, юристы, экономисты и др. В данной статье речь пойдет об обобщении с 1985 года такого рода междисциплинарных знаний из разных областей, которые в настоящее время фактически присутствуют в общественном сознании и, в основном, не оспариваются.

Необходимость управления здоровьем возникла в современном мире как следствие науч-

но-технического и социально-экономического прогресса, который, с одной стороны, привел в конце XX столетия к возможности увеличения продолжительности жизни для многих граждан развитых стран до 100–120 лет. С другой стороны, состояние государственных систем охраны здоровья граждан практически в любой стране мира рассматривается сегодня как критическое в связи с тем, что доля относительно здоровых граждан в возрастах старше 80 лет невелика, а доля хроников и инвалидов составляет основную часть престарелого населения. Парадокс состоит в том, что результаты высокотехнологичного, небезопасного и дорогостоящего лечения так называемых хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), составляющих основную причину преждевременного ухода из жизни граждан развитых стран, зачастую не только не возвращают здоровья, а фактически продлевают годы вынужденного образа жизни на инвалидности, одновременно лишая гражданина способности зарабатывать на свое содержание и увеличивая расходы семьи и государства на социальную поддержку таких граждан. Актуальным стал вопрос «достойного ухода из жизни» этих людей, и «вынужденное» же принятие правительствами многих стран законов об эвтаназии. Для этих же целей в структуре национальных систем здравоохранения началось развитие сетей хосписов – специализированных отделений для облегчения как положения пациентов в терминальной стадии, так и членов их семей, зачастую не имеющих ни средств, ни возможности для ухода за такими больными [22]. Признается, что строительство больниц и высокотехнологичное лечение не влияет на распространенность заболеваний.

Получившие признание в научной среде работы Анохина П.К., Берталанфи Л., Пригожина И., Винера Н., Прангишвили И.В., Венедиктова Д.Д., Дильмана В.М., Новосельцева В.Н., Лищука В.А., Крутько В.Н. и др. по исследованию систем (живых, в том числе), их структуры и функционирования, как отдельных элементов (клеток, тканей и органов), так и системы (организма) в целом, легли в данной работе в основу осмысления феномена «здоровье». В свою очередь, деятельность, направленная на поддержание здоровья (его сохранение и развитие), рассмотренная с общесистемных позиций, исследуется на основе кибернетического подхода, а точнее, – принципов теории управления, базирующихся на общих закономерностях процессов управления и передачи информации в машинах, живых организмах и обществе. Все вышесказанное было названо **Теоретико-управленческий (ТУ) подход** или, сокращенно, **ТУ-подход** к изучению

здоровья, а направление работы, соответствующее этой тематике получило название «Фундаментальные и прикладные аспекты изучения, измерения и управления здоровьем». Именно с этого времени словосочетание «управление здоровьем» присутствует во всех последующих публикациях группы «Популяционных исследований» Лаб. 38 ИПУ РАН. Одновременно, в течение всего, более чем 25-летнего периода, результаты и выводы работы по проблеме управления здоровьем соотносились с выходившими в свет многочисленными документами ВОЗ.

Используя ТУ-подход, можно «увидеть» механизм «принуждения граждан» к управлению собственным здоровьем, основанный не на рефлексах и инстинктах, а использующий современные знания, и обеспечивающий ответственность конкретного человека за конечный результат. Все удалось объединить в конструктивную организационно-правовую технологию, которая позволяет начать процесс управления здоровьем «здесь и сейчас» [10,11].

Исходные предпосылки: результаты ТУ-анализа феномена «здоровье»

В 1985 году коллектив сотрудников ИПУ РАН принял участие в международной программе СИНДИ – программе широкого внедрения профилактики ХНИЗ: сердечнососудистых, онкологических, диабета и некоторых других. Программа проходила в большинстве стран Европы, Америке и Канаде и включала, в том числе, сбор информации от населения о жалобах на здоровье и распространенность факторов риска возникновения ХНИЗ [4]. Для этих целей был создан программный комплекс ЭДИФАР (от Экспертный Диалог для Исследования ФАкторов Риска), с помощью которого в доврачебном кабинете поликлиники каждый пациент в диалоге с компьютером заполняет электронную анкету, часть вопросов которой может относиться и к деятельности предприятий и учреждений в местах проживания. Исследования проводились в нескольких поликлиниках г. Москвы и ряда городов РФ [17,4]. В рамках научного сотрудничества с кафедрой «Валеологии» МГТУ им. Н.Э. Баумана модификация ПК-ЭДИФАР (ВАЛЕО-МГТУ) использовалась для скрининговых процедур в процессе обучения студентов [21]. Одним из главных результатов эксплуатации системы ЭДИФАР в первой же поликлинике была абсолютно адекватная психологическая реакция людей на обстановку доврачебного кабинета, в котором осуществлялся прием пациентов. В настоящее время у

разработчиков системы ЭДИФАР имеются результаты обработки и анализа более 25 тыс. электронных анкет, заполненных во время собеседования с респондентами по темам более десятка различных вопросников. Почти в каждом из них есть вопросы об оценке гражданами деятельности поликлиники. Опросы показывают, и это подтверждается как отечественными исследованиями, так и зарубежными, что население в целом оценивает действительность (социальную реальность) выше, чем это делают специалисты, причем иногда – в разы. Это касается как оценки ощущения благополучия (счастья), так и оценок уровня жизни, материального обеспечения, жилья, питания и пр. К основным государственным институтам, непосредственно влияющим на ощущение благополучия в повседневной жизни, граждане относят, в первую очередь, школы и поликлиники [17].

Вторыми по значимости были обнаруженные разработчиками факты «стабилизации» и «репрезентативности» накапливаемых в процессе сбора данных. Эти уникальные факты позволили рассмотреть возможность использования интерактивного диалога населения с компьютером не только для практических медицинских целей, но и для более широкого круга вопросов социального характера. Результат оказался более чем значительным. Становилось очевидным, что доврачебный кабинет территориальной поликлиники может одновременно служить и местом репрезентативного общения с населением по вопросам качества жизни как для администрации на местах, так и для специалистов многочисленных дисциплин по изучению человека. Фактически этот период можно назвать периодом отладки «Компьютерной системы ЭДИФАР» и апробации разработанной позже «Организационно-правовой технологии ЭДИФАР». «Компьютерная система ЭДИФАР» имеет «Свидетельство об официальной регистрации программ для ЭВМ» №990375 Роспатента (1999 г.) и «Сертификат соответствия» ПК «ЭДИФАР» № РОСС RU.0001.11СП05 Госстандарта РОССИИ.

С середины 1980-х гг. мы начинали эту работу в качестве специалистов по информационным технологиям [15]. В последние годы область наших исследований расширилась до уровня прописанной в конституции государственной деятельности по охране здоровья, которую предлагается дополнить деятельностью непосредственно по управлению здоровьем. Связано это с естественным (за многолетний период работы) накоплением знаний об объекте изучения и развитием теоретических представлений о сути регуляторных процессов в отдельном организме, в обществе в целом, их

взаимосвязи и взаимодействии. Отдавая должное необходимости учета медико-биологического характера знаний о природе человека и его здоровье, создание контура управления индивидуальным (и как следствие, популяционным) здоровьем требует сегодня принятия соответствующих организационно-правовых решений в сфере социально-экономических отношений в обществе (государстве) [5,6,16].

Ввиду ограниченного объема статьи коротко перечислим опубликованные в предыдущих работах [2,3,10,11] некоторые результаты анализа сложившейся ситуации и выводы с позиций ТУ-подхода, полученные на сегодняшний день:

– Исходя из термодинамической сущности объектов живой природы, было сформулировано следующее определение здоровья. **«Здоровье – это феномен, возникающий в результате управления согласованной деятельностью клеток, тканей и органов живой системы с целью достижения постоянства (относительного равновесия) параметров, характеризующих как внутреннюю среду организма, так и относительную стабильность (гармонию) отношений в социуме»** [3]. Коротко: **Здоровье есть результат управления**. Наблюдаемыми и измеряемыми характеристиками (параметрами) управления являются значения так называемых «существенных переменных» (давление, температура и т.д.). Без управления этот феномен исчезает. Как следствие, прекращается и жизнь, хотя все компоненты системы продолжают некоторое время существовать. Затем исчезают и они. Этот вывод согласуется с утверждением: «Естественная смерть – есть смерть регуляторная» [12].

– Согласно одному из постулатов биологии: Вид, теоретически, – бессмертен. Составляющие вид отдельные организмы существуют в течение ограниченного отрезка времени. Как следствие, общественное развитие и социально-экономический прогресс обеспечивается и сохраняется лишь на популяционном уровне. Отдельные же люди появляются на свет по-прежнему одинаково неотягощенные текущим уровнем знаний, достигнутым обществом до момента их рождения. Самосохранительное поведение человеку обеспечивают лишь рефлекс, инстинкты и способность к обучению (адаптации), передаваемые по наследству. В результате, человек «как бы» знает, что ему хочется (хотелось бы) быть здоровым, но он не знает (не может знать), что ему нужно делать для реализации своего потенциала долготелетия с учетом достигнутых предыдущими поколениями знаний.

– Эффективность развития обеспечивается способностью конкретной популяции сохранять и

передавать накопленные знания, полученные отдельными представителями популяции, последующему поколению.

– В связи с принципиальным изменением структуры заболеваемости населения развитых стран, жизнь граждан приобрела формат существования «лабораторных животных», которые не умирают от голода, инфекционных заболеваний и нападения диких зверей. Основными причинами смерти и преждевременного ухода из жизни в первую очередь стали ХНИЗ. Причины их возникновения связаны как с возрастными изменениями в организме человека, так и с образом жизни, который сформировал сам индивид. Решающую роль стали играть не столько качество услуг и продуктов потребления, обеспечивающих жизнедеятельность организма, сколько характер этого потребления, в ряде случаев ускоряющий процесс старения.

– Посмотрим, как в случае «простейшей» структуры контура управления выглядит утверждение, что сам человек служит основным «регулятором» своего здоровья, независимо от того, осознает он это или нет (рис. 1).

Контур содержит минимальное число блоков: *I* – принятие решения и оценка результатов управления (регулятор); *II* – исполнение решения (устройство воздействия на объект) в цепи прямой связи; *III* – измерение параметров состояния объекта (в том числе в результате воздействия) в цепи обратной связи. Расположенный вне контура управления блок *IV* (лечебно-профилактическое учреждение – ЛПУ) соответствует источнику знаний, как о принципах управления, так и об особенностях (природе) объекта управления. Сразу же отметим: из приведенной схемы следует, что управление каким-либо объектом может (теоретически) взять на себя «регулятор», не знакомый ни с принципами управления, ни с особенностями объекта. Такая ситуация характерна при управлении общественными процессами, а также при использовании многочисленных бытовых приборов, включая, например, автомобили. В организме человека реально и виртуально присутствует множество контуров управления (функционирующих постоянно и временно). Наиболее наглядный пример – управление согласованными действиями огромного числа скелетных мышц, обеспечивающих равновесие и скоординированные движения тела человека.

На вопрос «Что такое здоровье?» неподготовленные люди обычно так формулируют свой ответ: «Здоровье – это когда у меня ничего не болит, и я хорошо себя чувствую». Такой ответ подразумевает, что первую, а зачастую и окончательную оцен-

© Компьютерная технология и система ЭДИФАР
Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, РАН



Рис. 1. Структурная схема контура управления здоровьем индивида

ку своему здоровью дает именно сам человек. При отсутствии ощущений, сигнализирующих о неблагополучии в здоровье (штриховая линия между блоками I и III), нет необходимости и в каком-либо воздействии на организм (блок II). Контура управления «как бы» не существует. Как только в цепи обратной связи появляется сигнал о неблагополучии, регулятор (сам человек) активизирует блок II в цепи прямой связи для воздействия на организм. Делается это либо рефлекторно, либо на основании приобретенного предыдущего опыта. Если результат воздействия приводит к ликвидации неблагополучия, контур управления «как бы» прекращает существовать. Если же неблагополучие продолжает беспокоить человека, он вынужден обратиться в одно из ЛПУ (блок IV), в состав которых в России входят ведомственные и территориальные поликлиники, женские консультации и ряд специализированных диспансеров. Специалист ЛПУ осматривает и расспрашивает его, а затем ставит диагноз и назначает лечение, т. е. врач обменивается с пациентом знаниями, полученными им в результате предыдущего обучения и опыта работы (в том числе, и с другими пациентами). Затем человек сам воздействует на свой организм в соответствии с полученной конкретной информаци-

ей. Другими словами, управляет своим здоровьем до полного выздоровления, т. е. «лечит сам себя». Полученные выводы ни в коем случае не умаляют ни достижений медицины, ни статуса врача как специалиста, а скорее, повышают его роль в процессе выздоровления благодаря устранению всевозможных недоразумений и необоснованных претензий, которые сегодня присутствуют в общественном сознании по отношению к возможностям современного здравоохранения.

– Накопленные медицинской наукой знания о влиянии факторов риска для здоровья на возраст дожития и о роли самого индивида в способности уменьшать их отрицательный вклад, привели к необходимости поднятия вопроса о повышении **ответственности** самих граждан за текущий уровень своего здоровья. То есть о возрастании доли профилактических мероприятий, в которых главную роль играет сам человек. Сегодня об этой ответственности заговорили на всех уровнях, включая действующего Президента, который в одной из своих предвыборных статей в разделе «Сохранение человека» отметил: «Необходимо повысить ответственность каждого человека за состояние своего здоровья. Иначе никаких денег не хватит» [19].

– И вот в решении этой «обыденной» (в своей кажущейся простоте) проблемы возникают совершенно непреодолимые препятствия. У человека, у которого «ничего не болит» и который «хорошо себя чувствует», не возникает (и не может возникнуть по аналогии, например, с возникновением чувства голода или потребности во сне) рефлексии по поводу собственного здоровья, даже если человек проинформирован о пользе профилактики. А самое главное – здоровый человек, прикладывая усилия для «как бы» сохранения здоровья, никаких видимых признаков этого сохранения или улучшения не отмечает, и не получает никаких доказательств того, что его усилия оправданы. В этой ситуации убедить кого-либо в том, что он ведет «нездоровый» образ жизни, практически невозможно, ни по сути, ни организационно.

– Бесспорным на сегодняшний день является тот факт, что все живое в природе построено, как правило, по иерархическому принципу: клетки, органы, организмы, популяции, экосистемы, биосфера. Если ограничиться парой «организм – популяция», нам придется рассматривать индивида в качестве «элемента» популяции (вида), как не обидно, с первого взгляда, это прозвучит для конкретной личности – «человека разумного». По аналогии с отдельным автономным организмом правомерно рассматривать и различные по размеру «популяционные организмы» – живые системы, здоровье которых формируется в результате совместной деятельности составляющих ее элементов, которые, в свою очередь, могут эффективно функционировать лишь, будучи сами здоровыми. В [4] для таких объединений временно предложено словосочетание «большой организм» (БО). Начиная с середины XX века в научной среде (да и в массовом сознании тоже) уже устоялось понятие системы как общности относительно автономных элементов, взаимодействующих между собой, в том числе и на основе обмена информацией. А именно, система – это совокупность взаимосвязанных элементов, объединенных единством цели (или назначения) и функциональной целостностью [18]. Взаимодействие составляющих элементов придает системе в целом новые свойства, отсутствовавшие у отдельно взятых элементов. Логическим следствием факта появления новых свойств у системы в целом является утрата элементами данной системы ряда «свобод», которая в случае объединения группы людей в коллектив для достижения общей цели, трактуется как «принуждение». Любые совместные целенаправленные действия всегда приобретают определенную форму взаимоотношений с явно выраженной структурой этих

взаимоотношений (с должностными обязанностями и ответственностью, в том числе) [6]. В то же время, сам термин самосохранение давно утратил оттенок независимости, поскольку многие потребности граждан в современном обществе не могут быть удовлетворены самостоятельно (например, обеспечение населения электроэнергией, питьевой водой и т.п.). Для обеспечения жизнедеятельности населения на местах в современных государствах существуют многочисленные предприятия и учреждения, предназначенные для удовлетворения соответствующих потребностей населения, функционирование которых осуществляется и обеспечивается, как правило, под контролем администрации местной власти. В документах ВОЗ совокупность этих потребностей обозначается как «Детерминанты здоровья». Соответственно ВОЗовское определение качества жизни озвучивается как исключительно субъективная категория. **Качество жизни** – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются [14, глоссарий]. Как следствие, анализу и статистической обработке (измерению) подлежат результаты опросов населения.

– В документах ВОЗ понятие **здоровье** постепенно (через социальное благополучие в здоровье) сближается с понятием **качество жизни** с целью продемонстрировать многоаспектность проблемы, многообразие действий и необходимость выхода за рамки сектора здравоохранения. Являясь интегральной характеристикой качества жизни, здоровье одновременно зависит от всех его составляющих (детерминант). Сегодня ВОЗ использует эти два понятия «в связке». Такая связка сразу же обращает внимание личности (аудитории) на проблемы со здоровьем, не связанные с медициной и лечением, а ориентирует ее на деятельность по обеспечению жизнедеятельности населения на местах. Современная концепция ВОЗ развития национальных систем здравоохранения предлагает странам-членам повсеместный переход от медицинской модели, к социальной модели, в основе которой, наравне с лечением, лежит деятельность по сохранению здоровья и профилактике болезней. И если медицинская модель явилась результатом многовекового развития и совершенствования не только чисто научных подходов, но и этико-правовых отношений в обществе [7], то социальная модель пока еще представляет собой набор «благих» намерений, в котором определен круг желаемых положений, но никак ни способы для их достижения.

Организационно-правовая технология управления здоровьем

Таким образом, практически любое неблагополучие в сфере жизнеобеспечения со стороны государства в итоге может опосредованно повлиять на здоровье конкретного человека. Однако при относительно удовлетворительном функционировании этой сферы (что характерно для современного состояния социально-экономической обстановки в развитых странах, включая Россию) основной резерв для реализации потенциала долголетия конкретным человеком оказывается «заключенным» в недоступной для внешнего управления области привычек и навыков повседневной жизни, что означает отсутствие общественных отношений по поводу индивидуального здоровья. (Конституция РФ; Статьи 23 и 25 «о неприкосновенности жилища» и «о невмешательстве в личную жизнь»). Что касается смены сформированного уже образа жизни на так называемый «здоровый образ жизни» (с точки зрения современных научных представлений), то в этой ситуации человеку, вследствие принуждения или убеждения извне, придется «силой воли» создавать у себя дополнительные виртуальные контура управления. Контур управления показателями здоровья, которые ранее никогда не входили в число существенных переменных, например, массой тела, физической активностью и т.д. В этой ситуации конечная цель управления для конкретного человека может звучать так: Прожить как можно дольше, болея как можно меньше! Но не более того, поскольку при условии достижения конкретным человеком своего потенциала здоровья он получает возможность для достижения своего же потенциала долголетия, отпущенного природой для вида «человек разумный», но никак не бессмертия.

И в этом случае полученный результат требует, с одной стороны, признания определяющей роли личности в качестве регулятора собственного здоровья, а с другой стороны, требуется осознание факта отсутствия на индивидуальном уровне знаний и мотиваций для такого управления. Знания о здоровье (а тем более о болезнях) в полном объеме всегда принадлежали, и будут принадлежать, другим людям. В первую очередь, представителям медицинской науки, специалистам системы здравоохранения и других наук и сфер деятельности. **Как следствие, человека нельзя назначить ответственным за его здоровье!** Драматизм ограниченности срока жизни человека по-прежнему препятствует, с одной стороны, объективному обсуждению вопросов «жизни и смерти» со здоро-

вой личностью, а с другой стороны, не позволяет привлечь ее к реальной ответственности за утраченное здоровье. **Но разделить с ним эту ответственность, можно!**

В данной работе предлагается образовать еще одну сферу общественных взаимоотношений на основе создания **контура совместного управления здоровьем**. Таким условиям удовлетворяет система, состоящая, как минимум, из двух субъектов – конкретного индивида, здоровье которого подлежит управлению, и лица, обладающего по отношению к нему административным ресурсом (властью и средствами). Такими лицами, в первую очередь, являются работодатели, руководители учреждений образования и муниципальная власть. В этой паре возможно формирование таких взаимоотношений, которые позволяют перейти от умозрительных рассуждений по поводу «свободы» в частной жизни и «ответственности» самой личности за свое здоровье к конкретным должностным обязанностям и ответственности сторон за совместный конечный результат. Отметим здесь, что в качестве «государства» могут выступать любые объединения граждан, в которых существуют законодательно оформленные отношения между людьми. Примерами таких объединений могут быть предприятия, школы, вузы, а также территориальные объединения граждан с муниципальной властью во главе. Между ними и гражданами уже существуют официально оформленные документы в виде «Трудового договора», «Устава образовательного учреждения» или «Карточки учета» в местном отделении соцзащиты, в отсутствие которых невозможно правовое регулирование производственно-общественных отношений. Разработан проект документа, регулирующий общественные отношения по вопросам здоровья на примере взаимоотношений между работодателем и работником, названный «Дополнительное соглашение» к основному Трудовому договору, в котором прописаны обязанности и ответственность сторон [6]. В новой расширенной инфраструктуре появляется возможность измерения эффективности соответствующей деятельности (в ее классическом понимании) «здесь и сейчас» через соотношение затрат на профилактику и их снижение на лечение среди одного и того же контингента работающих, учащихся или жителей.

Структура контура управления человеком по критерию его (индивидуального) здоровья включает в себя три основных субъекта: «государство», гражданина и лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) – поликлинику (рис. 2).

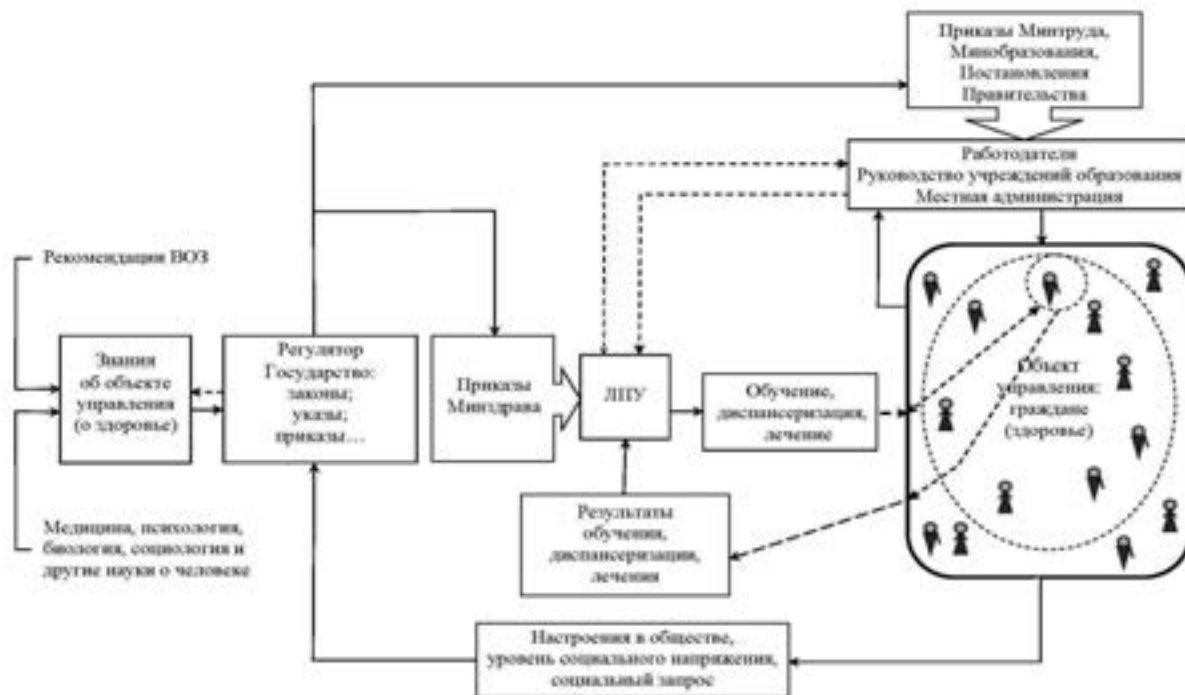


Рис. 2. Структурная схема системы управления здоровьем в общем виде

Рассмотрим основные компоненты контура управления.

– Объект управления: человек-гражданин-личность (в зависимости от контекста) – лицо, здоровье которого подлежит сохранению (поддержанию или улучшению). Здоровье, следовательно, служит характеристикой объекта, в отношении которой ставится цель управления и организуется «процесс достижения цели».

– Субъект (субъекты) управления: лицо (лица), «заинтересованные» (т. е. те, которые хотят, обязаны, вынуждены и пр.) в достижении цели управления, и которые, в рамках ТУ-подхода, становятся его регуляторами и создают контур управления. По отношению к здоровью, регуляторов, как минимум, два. Сам человек (о здоровье которого идет речь) и лицо, наделенное по отношению к этому человеку административным ресурсом (властью и средствами) «в местах, где люди живут, работают и учатся» (ВОЗ). Эти лица действуют в соответствии с фундаментальным положением теории управления: управление требует средств и времени, а также измерения параметров состояния объекта со скоростью, превышающей скорость изменения параметров этого состояния. Под средствами подразумеваются деньги, кадры, оборудование, инфраструктура и прочее. Время в управлении играет ключевую роль и, в общем случае, не может быть выражено через средства, как это при-

нято, например, в материальном производстве, где существует формула «время = деньги». «Данные, полученные из стран Западной и Восточной Европы, указывают на то, что нерегулируемые рынки не могут сочетаться с самим понятием здоровья как социальной ценности», поскольку они не могут обеспечить принципа солидарности в здоровье и равенство доступа к службам оказания медико-санитарной помощи [14, с.187]. Одного этого аргумента достаточно для того, чтобы признать разработку ВОЗ как наиболее полно отражающую суть проблемы качества жизни и здоровья.

– Блок воздействия на объект и блок изменения результатов управления: лечебно-профилактическое учреждение (поликлиника) как часть инфраструктуры созданной для этих целей системы здравоохранения. В рамках ТУ-подхода этому учреждению «не суждено» возглавить процесс управления здоровьем. В то же время, его роль исключительно важна и без него контур управления не может быть создан. Аналогом такого рода партнерства может служить управление знаниями, когда конечный результат обучения – уровень знаний конкретного ученика – достигается совместными усилиями ученика и «государства», оформленными соответствующим сертификатом о получении того или иного образования при участии искусственно созданной в государстве системы образования. В контуре управления здоро-

вьем поликлиника играет роль блока воздействия на объект в цепи прямой связи и блока измерения в цепи обратной связи. Объединение этих двух функций у одного исполнителя и создает иллюзию «главенствующей» роли лечебного учреждения в управлении здоровьем, что привело повсеместно в мире к «переадресации» со стороны правительств ответственности за здоровье населения национальным системам здравоохранения. Так сложилось исторически, когда один (заболевший) человек обращался к другому (врачу) за помощью, поскольку врачи, по сути, были одними из первых управленцев в классическом понимании управленческой деятельности. Врач в этой ситуации брал на себя (в одном лице) функции всех перечисленных блоков. А «человек разумный» из субъекта вынужденно «превращался» в объект внешнего управления по критерию «нездоровья», делегировав тем самым врачу право на принятие решения при выборе конкретного воздействия на его организм, включая самые радикальные. Поводом для такого поступка со стороны человека всегда были «боль, страх и беспомощность» в связи с нездоровьем, которые с неизбежностью приводили к возникновению соответствующих взаимоотношений, позволяющих замкнуть контур управления.

Актуальность предлагаемым решениям и уверенность разработчиков в том, что данный подход будет востребован, придают два, недавно выпущенных государственных документа. Так, на основании Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления», Правительству Российской Федерации поручается обеспечить достижение ряда показателей, в том числе: **«уровень удовлетворенности граждан Российской Федерации... качеством предоставления государственных и муниципальных услуг к 2018 году - не менее 90 процентов»**. И далее, «до 1 января 2013 г. обеспечить внесение в законодательство Российской Федерации изменений, предусматривающих: **установление критериев и порядка оценки гражданами (в том числе с использованием информационных технологий)**... предприятий и учреждений, ... осуществляющих оказание услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности населения муниципальных образований». Как следует из приведенного выше текста, если исходить непосредственно из значения термина **жизнедеятельность** – то есть деятельность, направленная на поддержание жизни – **интегральным критерием** оценки «услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности населения муниципальных образований» может быть только **здоровье** этого

населения. Как неожиданно это ни прозвучит при первом прочтении!

Вторым документом стала новая «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. В ней впервые сказано: «... все более актуальным становится вопрос о взаимных обязательствах граждан и государства. Государство не сможет предоставить неограниченный объем государственных гарантий оказываемой бесплатно медицинской помощи при отсутствии зафиксированных корреспондирующих обязательств (ответственное отношение к собственному здоровью, периодическое прохождение профилактических осмотров, вакцинация и ревакцинация, соблюдение предписаний врача) со стороны гражданина (пациента). ...В случае принятия гражданином на себя обязательств по ответственному отношению к собственному здоровью Российская Федерация получит возможность гарантировать ему оказание за счет государства необходимого объема качественной медицинской помощи».

И далее, «... каждый гражданин сделает свой осознанный выбор: качественная и бесплатная медицинская помощь при соблюдении элементарных правил ответственного отношения к собственному здоровью, профилактике заболеваний, своевременному предупреждению и лечению или, в противном случае, качественная медицинская помощь на условиях софинансирования, за исключением случаев, угрожающих жизни (скорая помощь)».

Таким образом, в Программе – 2020, приведенное выше положение ВОЗ о том, что «... для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное производство этого общественного блага, а также участие и сотрудничество граждан, потребителей и пациентов», конкретизируется путем указания на определенные действия со стороны гражданина и корреспондирующие этим действиям гарантии государства. В то же время в Программе – 2020 нет никакой «подсказки» о том, в какой форме «гражданин сделает свой осознанный выбор» и как будет осуществляться контроль его исполнения. И далее (по примеру ВОЗ), все усилия, включая интеллектуальные и финансовые, переключаются на региональные и муниципальные власти: «Эффективность мер Подпрограммы 1 (Программы – 2020) в значительной мере зависит от наличия во всех субъектах Российской Федерации собственных целевых программ по формированию здорового образа жизни населения и профилактики неинфекционных заболеваний, скоординиро-

ванных по своему содержанию с данной подпрограммой и имеющих адекватное финансирование для ее реализации». Отметим здесь, что за год до выхода Программы-2020 (в ноябре 2011г.) появился новый закон N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где в Статье 27 п. 1 впервые кратко сформулировано: «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья».

И сегодня вновь у России имеются большие шансы на успех, поскольку инфраструктура нашей системы здравоохранения наилучшим образом подходит для решения этих крупномасштабных задач, какими, по сути, являются задачи государственного управления популяционным (индивидуальным) здоровьем. Что касается профилактической деятельности в ее современном виде, простого перебора граждан с целью выявления у них наличия или риска развития заболеваний из числа ХНИЗ уже недостаточно. Включение в эту деятельность образовательной компоненты, под руководством педагогов-валеологов, обеспечит процесс управления индивидуальным здоровьем со стороны гражданина дополнительно к самосохранительному поведению, основанному на рефлексках и инстинктах. И, в отличие от эпизодического лечения и периодической диспансеризации, процесс обучения будет носить перманентный характер в связи с возрастными изменениями в организме человека, появлением новых научных знаний и методов лечения. Для этого потребуются при поликлиниках создавать так называемые «школы здоровья», опыт которых уже насчитывает несколько десятилетий в развитых странах, участвующих в проекте ВОЗ «Здоровые города». Такой опыт есть уже и у ряда городов Российской Федерации [8]. База данных «Компьютерной системы ЭДИФАР» позволит на конфиденциальной основе (с должной защитой персональных данных пациента) отслеживать в подразделении динамику индивидуального здоровья и тренды основных интегральных показателей отдельно по учреждениям и территориальным образованиям. При достаточном периоде эксплуатации (начиная с 5 лет), эффективность затрат на поддержание деятельности подразделения можно будет соотнести не только с уменьшением расходов на лечение, но и снижением смертности, особенно в трудоспособных возрастах [13].

Таким образом, одним из основных результатов анализа современной ситуации со здоровьем с позиций ТУ-подхода является вывод о необходимости повышения роли и статуса учреждений первичной медицинской помощи в решении общих

задач жизнеобеспечения органами местной власти. При этом, признавая компетентность медицины в вопросах оценки здоровья, местная власть не вправе возлагать на учреждения здравоохранения ответственность за отклонения в здоровье, причиной которых являются образ жизни конкретного человека и/или окружающая его среда. А в связи с выходом Указа Президента РФ № 601 предлагается использовать этот подход для разработки критериев и способов оценки гражданами деятельности местной администрации по обеспечению жизнедеятельности на местах. Поэтому и создание в структуре современного учреждения первичной медицинской помощи информационно-аналитического центра мониторинга качества жизни, в контексте изложенного, уже не выглядит так неожиданно. А администрация, в свою очередь, получает возможность **узнавать и оценивать знания, мнения и мотивации населения**. Сюда могут быть включены такие показатели, как **уровень и качество жизни**, а также **отношение населения к социальным и экологическим проблемам на данной территории**, поскольку не только в научном, но уже и в общественном сознании все эти понятия непосредственно связываются со здоровьем и адекватно воспринимаются в обстановке доврачебного кабинета. Таким образом, появляется возможность оперативно контролировать (измерять) ситуацию со здоровьем на местном, территориальном уровне и на её основе формировать управляющие воздействия на объект через конкретных индивидов [9].

Заключение

Эпиграфом к данной работе могла бы послужить одна из идей Френсиса Бэкона (1561-1626): «Чтобы управлять природой, ей нужно подчиняться», (Цит. по [20, с.18]), поскольку в основу «Технологии ЭДИФАР» положен кибернетический принцип не противоречия общим закономерностям процессов передачи информации и управления в машинах, человеке и обществе.

Как следствие, принципиальной особенностью наступившего периода развития цивилизации становится «обеспечение» здоровья за счет системного управления этим здоровьем тремя основными субъектами: человеком (он – главный), государством (оно определяет правила «игры» через организационно-правовые технологии) и здравоохранением (оно – является источником знаний и практик для такого управления). Этому периоду соответствует новая организационная парадигма развития первичного здравоохранения – совместное управление здоровьем дополнительно к оказа-

нию медицинской помощи (услуг) исключительно по обращаемости.

В работе описан принципиально новый тип общественных взаимоотношений (не существовавший ранее), названный «Государственным управлением здоровьем и качеством жизни», сокращенно – «управление здоровьем». Этот тип взаимоотношений возникает в результате формализации на законодательном (договорном) уровне совместной деятельности гражданина (здоровье которого подлежит управлению) и лица, обладающего по отношению к этому гражданину государственным административным ресурсом (властью и средствами).

В результате предлагаемых действий прогнозируется синергетический эффект (характерный именно для живых систем), который, с одной стороны, приведет к снижению напряжения в обществе и взаимных претензий сторон в здравоохранной деятельности государства. А с другой стороны, гармонизирует общественные отношения в целом и повысит общий уровень удовлетворенности граждан услугами по жизнеобеспечению населения, предоставляемыми им со стороны муниципальной власти. Коротко: **«Совместное управление здоровьем в системе «Государство-Гражданин» позволит принципиально изменить характер здравоохранной деятельности и гармонизировать отношения в обществе практически во всех сферах».**

Литература.

1. Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А. К концепции здравоохранения РФ: почему её нет и кому она нужна? // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник / ИНИОН РАН. – 2012. – Вып. 7, ч. 1. – С. 596–601.
2. Дартау Л.А. Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации // Проблемы управления. – 2003. – № 2. – С. 43–52.
3. Дартау Л.А. Феномен здоровья. Концепция и прикладные аспекты. // Проблемы управления, №5, 2005, – С. 92–98.
4. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. М.: СИНТЕГ, 2009. – 400 с.
5. Дартау Л.А., Пищита А.Н. Правовые аспекты государственной деятельности по сохранению здоровья населения РФ // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник / ИНИОН РАН. – 2010. – Вып. 5, ч. 1. – С. 540–546.
6. Дартау Л.А., Алехин А.И., Пищита А.Н. Общественные взаимоотношения и принципы управления индивидуальным здоровьем в структуре современного здравоохранения, как основа деятельности государства по сохранению человеческого потенциала РФ // Ежегодник Россия: тенденции и перспективы развития. М.: ИНИОН РАН. 2011. Вып. 6. Часть 2. – С.208–213.
7. Дартау Л.А. Организационная технология ЭДИФАР: (инновационный проект ИПУ РАН для управления здоровьем) / Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая - 1 июня 2012 г. Москва), РАН, ИНИОН. Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С.512–517
8. Дартау Л.А., Сырцова Л. Е., Абросимова Ю. Е. Проект ЕРБ ВОЗ «Здоровое городское планирование»: особенности социологического сопровождения. / Материалы IV социологического конгресса «Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие», (23–25 октября 2012, Уфа, Россия), э-издание: ISBN 978-5-904804-06-0, – С.1112–1118.
9. Дартау Л.А., Климов А.В. Теоретико-управленческое обоснование общественно-государственного партнерства в инновационной деятельности по управлению здоровьем // Сб. докл. I междунар. науч.-практ. конф. «Перспективы скоординированного социально-экономического развития России и Украины в общеевропейском контексте», г. Москва, ИНИОН РАН, 30 – 31 октября 2012 г. – М., 2013. – С. 368–372.
10. Дартау Л.А. Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность // Проблемы управления. – 2015. – № 2. – С. 52–59.
11. Дартау Л.А. Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 2. Организационно-правовая технология ЭДИФАР // Проблемы управления. – 2015. – № 3. – С. 40–48.
12. Дильман В.М. Большие биологические часы. Введение в интегральную медицину.– М.: Знание, 1986.– Изд. 2-е, перераб. и доп.– С.229.
13. Калинина А.М. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на некоторые показатели здоровья и прогноз жизни (10-летнее наблюдение). // Автореф. докт. дисс. 1993., 45 с.
14. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европей-

- ская серия по достижению здоровья для всех, №6), 1999, – 310 с.
15. *Петровский А.М., Дартау Л.А.* Здоровье популяции и автоматизированный скрининг поведенческих и экологических факторов. / ЭКОЛОГИЯ, МЕДИЦИНА, РАДИОЭЛЕКТРОНИКА, Сборник трудов/М.: «Радио и связь», 1991г., стр. 35-54.
16. *Пищита А.Н., Дартау Л.А.* Организация деятельности центров здоровья по управлению здоровьем человека // Фарматека. – 2010. – № 12 (206). – С. 101–105.
17. *Потанина Ю.А., Дартау Л.А., Белоконов О.В.* Компьютерная технология ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах) – М.: Московский лицей, 1999. – 205 с.
18. *Прангишвили И.В.* Системный подход и общесистемные закономерности. – М.: СИНТЕГ, 2000. – 528 с.
19. *Путин В.В.* «Строительство справедливости. Социальная политика для России» / «Комсомольская правда», 13 февраля 2012 г.
20. *Скиннер Б.* Радикальный бихевиоризм. / Роберт Фрейджер, Джон Фейдимен. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007 - 120 с.
21. *Семикин Г.И., Дартау Л.А., Стефанюк Е.А.* Здоровье и образ жизни человека: возможности управления. Учебное пособие. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана. 2006. 64 с.
22. *Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям* / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2005. – 40 с.
23. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ, Документ ВОЗ (EUR/RC61/Inf.Doc./6), 2011. – 134 с.*

Дартау Людмила Арнольдовна. В.н.с. ИПУ РАН. Руководитель группы популяционных исследований. К.т.н. Окончила в 1966 г. МФТИ. Количество печатных работ: 171. Область научных интересов: управление в живых системах, информационный обмен с субъектом управления, иерархия субъектов. E-mail: dartau@mail.ru

Стефанюк Анатолий Романович. С.н.с. ИПУ РАН. Окончил в 1976 г. МФТИ. Количество печатных работ: 34. Область научных интересов: теория управления, безопасность систем управления, математическая статистика, теория средних рисков, экспертные системы. E-mail: stf_ar@mail.ru