

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ.

Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность¹

Л.А. Дартау

Дан теоретико-управленческий анализ государственной деятельности по охране здоровья населения России. Обоснована необходимость расширения этой деятельности путем управления непосредственно здоровьем в рамках государственно-общественного партнерства, при котором обеспечиваются достижение максимально возможного уровня индивидуального здоровья и ответственность граждан за конечный результат.

Ключевые слова: феномен здоровья, качество жизни, управление здоровьем.

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость управления здоровьем возникла в современном мире как следствие научно-технического и социально-экономического прогресса, который к концу XX в. привел в развитых стран [1] к значительному возрастанию доли людей пожилого возраста (80 лет и старше) и появлению среди них все большего числа долгожителей, чей возраст достигает 100–120 лет.

Однако состояние государственных систем охраны здоровья граждан практически в любой стране мира рассматривается сегодня как критическое. В развитых странах такая ситуация связывается, в первую очередь, с недовольством граждан как результатами лечения, так и увеличением расходов на лечение и последующие восстановительные мероприятия. Как известно, в этих странах основной причиной смертности населения (особенно в трудоспособных возрастах) стали хронические неинфекционные заболевания: сердечно-сосудистые, онкологические, диабет и некоторые другие. Попытки выяснения причин развития подобных заболеваний позволили установить определяющее

значение общих для всех них факторов риска, связанных с привычками и навыками повседневной жизни индивида, в формировании которых участвуют многочисленные показатели среды обитания и факты его личной судьбы. Это привело к появлению интереса и востребованности в обществе к исследованиям феномена здоровья со стороны представителей многочисленных научных дисциплин, включая технические науки — ИТ-специалистов, социологов, психологов, экономистов, юристов и др.

В 1985 г. исследования в этом направлении были начаты и в Институте проблем управления (ИПУ РАН) по инициативе д-ра техн. наук, профессора А.М. Петровского. Получившие признание в научной среде работы П.К. Анохина, Л. Берталанфи, И. Пригожина, Н. Винера, И.В. Прангишвили, Д.Д. Венедиктова, В.М. Дильмана, В.Н. Новосельцева и других по исследованию систем (в том числе живых), их структуры и функционирования как отдельных элементов (клеток, тканей и органов), так и системы (организма) в целом легли 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, точнее, принципов теории управления, базирующихся на

¹ Статья рекомендована к публикации Ученым советом ИПУ РАН.



общих закономерностях процессов управления и передачи информации в машинах, живых организмах и обществе. Такой подход может быть назван *теоретико-управленческий подходом* или, сокращенно, ТУ-подходом 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» ИПУ РАН [2—4]. Одновременно вопросы, близкие к проблематике применения ТУ-подхода для управления здоровьем, рассматривались в работах [5—8] сотрудников лаборатории.

Все полученные результаты и выводы этой работы построены на анализе ситуации со здоровьем с привлечением научных знаний из разных областей, которые в настоящее время фактически присутствуют в общественном сознании и, в основном, не оспариваются.

По этой причине, используя, с одной стороны, техническую терминологию, а с другой — мультидисциплинарную, приходится находить для них соответствия как между собой, так и в рамках бытовой лексики, поскольку для упомянутых привычек и навыков повседневной жизни индивида другая терминология неуместна. Этим объясняется наличие в настоящем тексте многих слов и словосочетаний в кавычках. Указанное обстоятельство оказывается особенно важным в связи с необходимостью формирования относительно нового научного направления, предназначенного для «обучения граждан здоровью» [9].

Одновременно в течение всего, более чем 25-летнего, периода работы по проблеме управления здоровьем все получаемые результаты соотносились с вышедшими на этот момент в свет многочисленными документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Приведем необходимое для дальнейшего изложения в контексте данной статьи определение ВОЗ качества жизни: «Качество жизни — степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются» [1].

Применяя ТУ-подход, можно «увидеть» механизм «принуждения граждан» к управлению собственным здоровьем, основанный не на рефлексах и инстинктах, а на современных знаниях, и обеспечивающему ответственность конкретного человека за конечный результат. Все удалось объединить в конструктивную организационно-правовую технологию, которая позволяет начать процесс управления здоровьем «здесь и сейчас».

1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ

Основные положения, касающиеся взгляда на здоровье со стороны мирового научного сообщества, остаются неизменными с конца 1970-х гг. Согласно последней редакции Всемирной декларации по здравоохранению (ВОЗ, май 1998 г.): «...обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека, и, действуя таким образом, мы подтверждаем достоинство и ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья. Мы признаем, что улучшение здоровья и благосостояния людей являются конечной целью социального и экономического развития» [10].

Констатация того факта, что текущее состояние здоровья населения является важнейшей характеристикой уровня развития мирового сообщества в целом, была зафиксирована еще раньше в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (1981 г.): «Энергия человека, получаемая за счет улучшения здоровья, должна направляться на обеспечение экономического и социального развития, а экономическое и социальное развитие должно быть использовано для улучшения здоровья людей» [11]. И далее: «Улучшение здоровья является не только результатом подлинно социально-экономического развития в отличие от простого экономического роста, но оно также является основным вкладом в такое развитие». Как следствие, «каждая страна должна с учетом особенностей своей инфраструктуры здравоохранения разработать собственные способы реализации рекомендаций ВОЗ». В этом же документе указывается, «что первичная медико-санитарная помощь является основным инструментом достижения здоровья для всех».

Как правило, ВОЗ не пытается как-то обосновать свои рекомендации. Она просто констатирует, что на данный момент важно и какими путями возможно дальнейшее продвижение. Однако за этими констатациями стоит огромная многолетняя экспертная работа, и игнорировать ее со стороны правительств стран-членов Всемирной организации здравоохранения означает, по мнению этой организации, отставание от общемирового развития. Если же речь идет о конкретных способах реализации рекомендаций ВОЗ в той или иной стране, то здесь приходится учитывать весь спектр показателей социально-экономического, правового и ментального состояния общества этой страны на данный момент.

Так, в конституциях всех развитых стран есть статьи, касающиеся здоровья граждан. Российс-

кий 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», 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 [12]. 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»).

Перечислим опубликованные в предыдущих работах [13–15] некоторые результаты анализа сложившейся ситуации и выводы с позиций ТУ-подхода, необходимые для дальнейшего изложения.

- Сформулировано определение здоровья [14]: «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». Коротко: «Здоровье есть результат управления». Наблюдаемыми и измеряемыми характеристиками (параметрами) управления служат значения так называемых «существенных переменных» (артериальное давление, температура и другие — до тысячи наименований). 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» [16].

- Один из постулатов биологии гласит: «Вид, теоретически, — бессмертен. Составляющие вид отдельные организмы существуют в течение ограниченного отрезка времени». Как следствие, общественное развитие и социально-экономический прогресс обеспечиваются и сохраняются лишь на популяционном уровне. Отдельные же люди появляются на свет по-прежнему не отягощенные уровнем знаний, достигнутым обществом до их рождения. Самосохранительное поведение чело-

веку обеспечивают лишь рефлексы, инстинкты и способность к обучению, 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 долголетия с учетом достигнутых предыдущими поколениями знаний.

- Способность конкретной популяции сохранять и передавать знания, полученные отдельными ее представителями, последующему поколению обеспечивает развитие этой популяции, а, следовательно, правомерно использование в этом контексте понятия *эффективность развития*.

- Этапы популяционного развития могут быть охарактеризованы определенными значениями средних возрастов дожития членов популяции. Так, примерно до 1850 г. «кривые дожития» в европейском регионе характеризовались высоким уровнем смертности детского населения, а продолжительность жизни взрослых редко превышала 30 лет. После 1850 г. в связи с открытием бактериальной природы многих инфекционных заболеваний и разработкой технологий массовых иммунизаций большинство граждан стали доживать до 50 лет. И наконец, в связи с появлением в 1930 г. антибиотиков и разработкой технологий полостных операций (благодаря средствам асептики и антисептики и обезболивающим наркотическим препаратам) практически перестали умирать дети до года и взрослые от травм и оперативных вмешательств. К середине 1970-х гг. возрасты дожития граждан европейских стран (включая Россию), Америки и Канады достигли 70 лет.

- В связи с принципиальным изменением структуры заболеваемости населения, жизнь граждан развитых стран приобрела характер 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 хронические неинфекционные заболевания. 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. Структура заболеваемости, на которую приходится до 90 % смертности, на популяционном уровне ограничивается в настоящее время 4–5 нозологиями, объединяемыми в зависимости от ситуации общим названием «болезни старения» (или «болезни цивилизации», или, наконец, «болезни образа жизни»). Они возникают в процессе развития организма под влиянием факта времени проживания конкретным чело-



веком определенного периода жизни [16]. Причина их возникновения внутренняя, а не внешняя, как это было в периоды выдающихся открытий в медицине, когда человек участвовал в этом процессе исключительно в роли объекта исследований и манипуляций со стороны ученых и врачей.

- Попытки со стороны медицинской науки, в том числе с помощью высоких (дорогостоящих) технологий уменьшить распространенность этих заболеваний привели лишь к заметному уменьшению смертности от них и увеличению в последние десятилетия продолжительности жизни до 90 лет. Однако в результате лечения прежние состояние здоровья вернуть нельзя и среди «спасенных» большинство становятся лишь хрониками или инвалидами, ведущими «вынужденный» образ жизни. 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 [17].

- 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 поднять вопрос о повышении ответственности самих граждан за текущий уровень здоровья, т. е. о возрастании доли профилактических мероприятий, в которых главную роль играет сам человек. Принципиальной особенностью наступившего периода развития цивилизации становится «обеспечение» здоровья благодаря системному управлению здоровьем тремя основными субъектами: человеком (он — главный), государством (оно определяет правила «игры» через организационно-правовые технологии) и здравоохранением (оно служит источником знаний и практик для такого управления). Этому периоду соответствует предлагаемая в работе новая организационная парадигма развития первичного здравоохранения — переход от предоставления медицинской помощи (услуг) исключительно по обращаемости к совместному управлению здоровьем.

- В решении этой «обыденной» (в своей кажущейся простоте) проблемы возникают трудно-

преодолимые 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. В этой ситуации убедить кого-либо в том, что он ведет «нездоровый» образ жизни, практически невозможно.

- Существующее в общественном сознании устойчивое словосочетание «формирование здорового образа жизни» не несет в себе никаких «подсказок» о способах его реализации. Попытки возложить этот процесс только на систему здравоохранения ситуации не меняют. Влияние на него со стороны системы образования путем включения в программу школьного обучения предмета ОБЖ — обеспечение безопасности жизнедеятельности — также не приводит к желаемому результату. И связано это, в первую очередь с тем, что суть образа жизни любого человека состоит из набора привычек и навыков повседневной жизни, которые он как субъект лично (самостоятельно или под влиянием извне) принял к сведению и осуществляет на практике. Этому выбору конкретного человека соответствует юридическое понятие «частная жизнь», неприкосновенность которой охраняется государством.

Перейдем к изложению результатов работы, полученных в последние годы.

2. ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Все живое в природе построено, как правило, по иерархическому принципу (рис. 1) [18, с. 122].

Для наших целей ограничимся парой «Организм → Популяция» и посмотрим, как выглядит ситуация со здоровьем, индивидуальным и популяционным. В этом случае 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.

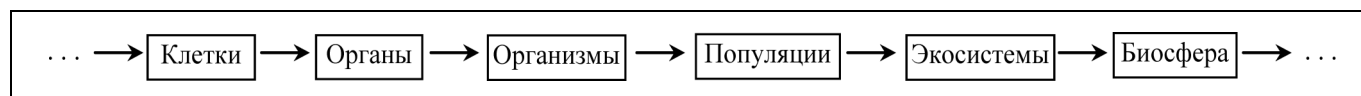


Рис. 1. Пример иерархической цепочки в живых системах

Начиная с середины XX в. в научной среде (да и в массовом сознании тоже) уже устоялось понятие системы. Существует множество определений системы, однако все они основаны на признании того факта, что система представляет собой совокупность относительно автономных элементов, взаимодействующих между собой, в том числе и на основе обмена информацией. Другими словами, система — это совокупность взаимосвязанных элементов, объединенных единством цели (или назначения) и функциональной целостностью [18, с. 23]. Взаимодействие составляющих элементов придает системе в целом новые свойства, отсутствующие 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 может трактоваться как «принуждение». Любые совместные действия всегда приобретают определенную форму взаимоотношений с явно выраженной структурой этих взаимоотношений (с должностными обязанностями и ответственностью, в частности) [19]. Отметим, что поскольку цель любого научного исследования — получение новых объективных знаний, имеющих «традиционно нейтральные ценности» [20], в этом выводе проявляется «насильственный» характер научного знания, когда умозрительные рассуждения о «свободе личности» (например, в плане привычек и навыков личной жизни), должны быть признаны несостоятельными.

Для того чтобы в результате взаимодействия возникло новое свойство, в системе образуются контуры управления, в которых (благодаря циркуляции информации) постоянно поддерживается некоторое обязательное действие (предназначение) этого элемента. Только при наличии здоровья у отдельных элементов может быть обеспечена функциональная целостность системы в процессе достижения «общей цели», при обязательном условии «выделения» определенных затрат на сохранение (самосохранение) «элементов». Причем для гражданина «как бы» сохраняется иллюзия индивидуальной автономности, а для государства (популяции) — ощущение полноты власти. 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.). За этим с неизбежностью следует потеря определенных свобод, в большинстве случаев сомнительного свойства. Выгода совместного сосуществования так велика, что исполнение отдельными людьми их профессионально-трудовых, социальных и прочих обще-

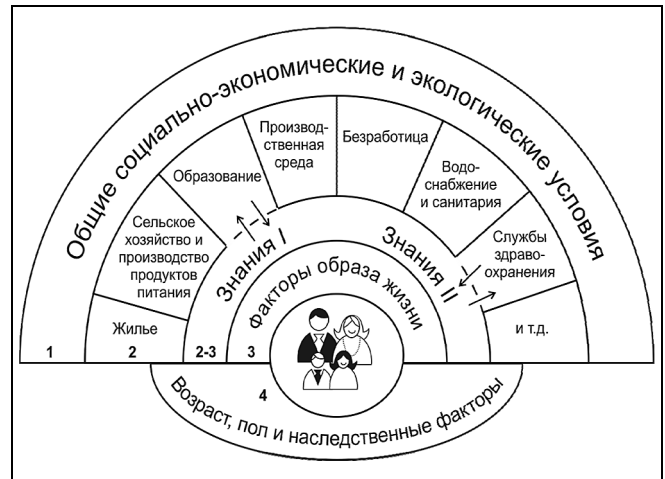


Рис. 2. Основные детерминанты здоровья по материалам ВОЗ

ственных обязанностей носит одновременно «добровольно-принудительный» характер, не создавая для личности особых неудобств. И даже наоборот, востребованность (например, в семье, профессии и т. п.) воспринимается и ощущается личностью как счастье.

Для обеспечения жизнедеятельности населения на местах в современных государствах существуют многочисленные предприятия и учреждения, предназначенные для удовлетворения соответствующих потребностей населения. Совокупность этих потребностей в документах ВОЗ обозначается как «детерминанты здоровья». На рис. 2 изображена иерархическая схема, на которой перечислены основные детерминанты здоровья [21]. Для наглядности сфера жизнедеятельности населения в социуме представлена в виде областей в форме полусфер, вложенных друг в друга, по степени их удаленности от объекта воздействия (организма конкретного человека). Полусферы, в свою очередь, могут включать в себя несколько секторов.

В настоящей статье эта схема дополнена еще одной полусферой «2-3» между полусферами 2 и 3, которая соответствует тем секторам, перечисленным в слое 2, где конечный результат управления достигается совместными усилиями граждан и государства посредством искусственно созданных для этих целей государственных структур. Эта полусфера характеризуется также и наличием особого типа общественных взаимоотношений. В первую очередь, речь идет о системе всеобщего (бесплатного) школьного образования. Как бы ни был талантлив и добросовестен учитель, достижение конечного результата (аттестата об образовании) всегда зависит от усилий и трудолюбия ученика. И главный регулятор в этом процессе также всегда ученик. Отметим заранее, что по поводу здоровья

(в отличие от болезней) соответствующие взаимоотношения в обществе отсутствуют.

Возраст, пол и наследственные факторы составляют фундамент здоровья и не предполагают какого-либо воздействия на них с целью их изменения (полусфера 4). Факторы образа жизни сосредоточены в полусфере 3, которая охраняется соответствующим законом о невмешательстве в частную жизнь и неприкосновенности жилища. Закон о невмешательстве в частную жизнь как раз и гарантирует человеку право на привычки и навыки личной жизни, которые сегодня, по сути, составляют основной резерв обеспечения долголетия. Все остальные факторы входят в секторы полусферы 2, в которой осуществляется деятельность государства. Объектом воздействия для их поддержания и совершенствования является не сам человек (здоровье которого подлежит управлению), а другие объекты живой и неживой природы. Ответственность за нарушения правил безопасности для человека при потреблении услуг или продукции этих детерминант (с учетом возможного их негативного влияния на здоровье населения), несут другие конкретные люди в связи с их должностными обязанностями. В свою очередь, для разработки критериев режима функционирования соответствующих предприятий, качества их продукции и услуг используются и медицинские знания.

Таким образом, рис. 2 наглядно демонстрирует, что практически любое неблагополучие в сфере жизнеобеспечения со стороны государства в итоге может опосредованно повлиять на здоровье кон-

ретного человека. Однако при относительно удовлетворительном функционировании предприятий и учреждений перечисленных секторов (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 3.

Как это принято в теории систем, когда ввиду сложности структуры объекта и его функциональных проявлений невозможно применение математического аппарата для его описания, применяется ситуационное или имитационное моделирование. Такой прием позволяет сравнивать способы достижения целей в далеких, на первый взгляд, друг от друга предметных областях, где в отношении объектов различной природы действуют похожие закономерности [18]. В подобной ситуации приходится учитывать наличие различной терминологии в сравниваемых предметных областях и уточнять степень их соответствия (тождественности) друг другу. Так врач и учитель управляют одним объектом — ребенком. Первый из них лечит, контролируя показатели здоровья ребенка, а второй — учит, оценивая знания ребенка. Деятельность одного относится к сфере здравоохранения, а второго — к сфере образования. 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. 3).



Рис. 3. Структурная схема контура управления здоровьем индивида

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 оценку своему здоровью дает именно сам человек. При отсутствии ощущений, сигнализирующих о неблагополучии здоровья (штриховая линия между блоками *I* и *III*), нет необходимости и в каком-либо воздействии на организм (блок *II*). Контур 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 выслушивает его, а затем ставит диагноз и назначает лечение, т. е. врач обменивается с пациентом знаниями, полученными им в результате обучения. Затем человек сам воздействует на свой организм в соответствии с полу-

ченной конкретной информацией. 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.

Что касается смены уже сформированного образа жизни на так называемый «здоровый образ жизни» (согласно современным научным представлениям), то в этой ситуации человеку, вследствие принуждения или убеждения извне, придется «силой воли» создавать у себя дополнительные виртуальные контуры управления, т. е. контуры управления показателями здоровья, которые ранее никогда не входили в число существенных переменных, обеспечивающих жизнеспособность клеток, органов и тканей организма (например, массой тела, физической активностью и т. д.). 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 достижения своего же потенциала долголетия, отпущенного природой для вида «человек разумный», но никак не бессмертия.

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. Сегодня об этой ответственности заговорили на всех уровнях, включая действующего Президента, который в одной из своих предвыборных статей отметил: «Необходимо повысить ответственность каждого человека за состояние своего здоровья. Иначе никаких денег не хватит. Сегодня у нас 80 % людей не занимаются физкультурой или спортом, 65 % регулярно употребляют крепкие спиртные напитки или курят, 60 % проходят медицинские обследования только в случае болезни. При этом большинство опрошенных уверено, что следят за своим здоровьем».



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодаря достижениям микробиологии, медицинских наук и современных технологий население развитых стран в значительной степени избавилось от преждевременной смерти. Как следствие, оно столкнулось со сменой структуры заболеваемости и с проблемой «смерти от старости». В массовом сознании «неблагодарного» человечества рост социального напряжения напрямую связывается с деятельностью систем здравоохранения. В России эти мировые тенденции усугубились еще и перестроечными процессами, скрыв при этом почти полностью их суть. В то же время, более глубокий анализ функционирования живых организмов показывает, что эти упреки не столько «несправедливы» по отношению к возможностям современной медицины, сколько направлены не по адресу.

Драматизм ограниченности срока жизни человека по-прежнему препятствует, с одной стороны, объективному обсуждению вопросов «жизни и смерти» со здоровой личностью, а с другой стороны, не позволяет привлечь ее к реальной ответственности за утраченное здоровье. Но разделить с ней эту ответственность можно.

Другими словами, возникает необходимость создания соответствующей сферы общественных взаимоотношений на основе социального партнерства, т. е. объединения в отдельную систему человека и лица, облеченного по отношению к нему со стороны государства административным ресурсом (властью и средствами) в местах, где люди живут, работают и учатся. Такими лицами, в первую очередь, являются работодатели, руководители учреждений образования и муниципальная власть.

Речь об этом пойдет во второй части статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ* // Европейская серия по достижению здоровья для всех. — 1999. — № 6. — 310 с.
2. *Захаров В.Н., Дартау Л.А., Ефремов Л.И.* Новые информационные технологии — методологическая основа исследования здоровья населения // Вестник Российской академии наук. — 1995. — Т. 65, № 1. — С. 17—23.
3. *Дартау Л.А., Ефремов Л.И.* Использование новых информационных технологий для мониторинга и оценки популяционного здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. — 1995. — № 4. — С. 21—26.
4. *Дартау Л.А., Захаров В.Н.* Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 1999. — № 3. — С. 10—14.

5. *Михальский А.И., Яшин А.И.* Биологическая регуляция и продолжительность жизни // Проблемы управления. — 2003. — № 3. — С. 61—65.
6. *Михальский А.И., Яшин А.И.* Управление старением и продолжительностью жизни // Проблемы управления. — 2004. — № 4. — С. 46—53.
7. *Новосельцев В.Н.* Гомеостаз и здоровье: анализ с позиций теории управления // Автоматика и телемеханика. — 2012. — № 5. — С. 97—110.
8. *Новосельцев В.Н., Новосельцева Ж.А.* Здоровье, гомеостаз и долголетие // Успехи геронтологии. — 2011. — Т. 24, № 4. — С. 553—562.
9. *Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л.* Обучение населения принципам управления индивидуальным здоровьем в структуре современного социума // Здоровье для всех: материалы третьей междунар. науч.-практ. конф. / Полесский государственный университет, г. Пинск, 19 — 20 мая 2011 г. — Пинск, 2011. — С. 62—65.
10. *Здоровье—21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение* // Европейская серия по достижению здоровья для всех. — 1998. — № 5. — С. 1—2.
11. *Здоровье для всех к 2000 году — глобальная стратегия* / Документ ВОЗ WHA34/5. — 1981. — С. 28.
12. *Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления».*
13. *Дартау Л.А.* Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации // Проблемы управления. — 2003. — № 2. — С. 43—52.
14. *Дартау Л.А.* Феномен здоровья. Концепция и прикладные аспекты // Проблемы управления. — 2005. — № 5. — С. 92—98.
15. *Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р.* Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. — М.: СИНТЕГ, 2009. — 400 с.
16. *Дильман В.М.* Большие биологические часы. Введение в интегральную медицину. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Знание, 1986. — С. 229.
17. *Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Всемирная организация здравоохранения.* Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 2005. — 40 с.
18. *Прангишвили И.В.* Системный подход и общесистемные закономерности. — М.: СИНТЕГ, 2000. — 528 с.
19. *Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А.* Социальное партнерство в деятельности по сохранению и укреплению здоровья: обоснование с позиций системного анализа и теории управления // Тр. 7-й междунар. науч.-практ. конф. «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» / ИНИОН РАН. — М., 2011. — Ч. 1. — С. 460—464.
20. *Лихи Т.* История современной психологии. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 448 с.
21. *Dahlgren G., Whitehead M.* Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO — strategy paper for Europe. — Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. (Цит. по [1], с. 94).

Статья представлена к публикации членом редколлегии **В.Н. Новосельцевым**.

Дартау Людмила Арнольдовна — канд. техн. наук, вед. науч. сотрудник, Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, г. Москва, ☎ (495) 334-88-20, ✉ dartau@mail.ru.