

# ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ.

## Ч. 2. Организационно-правовая технология<sup>1</sup>

Л.А. Дартау

В рамках выполненного в ч. 1 настоящей статьи теоретико-управленческого анализа феномена здоровья предложена организационно-правовая технология государственного управления здоровьем населения и возможные механизмы ее реализации в Российской Федерации путем создания новой сферы взаимоотношений государства с гражданином на основе контура совместного управления здоровьем.

**Ключевые слова:** феномен здоровья, качество жизни, жизнедеятельность населения, управление здоровьем.

### ВВЕДЕНИЕ

В первой части [1] настоящей статьи было отмечено, что в течение всего, более чем 25-летнего, периода работы группы сотрудников ИПУ РАН по проблеме управления здоровьем, полученные результаты и выводы соотносились с выходящими в свет многочисленными документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В монографии [2, с. 76—115] приведен обзор документов ВОЗ до 2009 г., касающихся взглядов этой организации на проблемы здоровья. Содержание этих документов рассматривается с позиций теоретико-управленческого (ТУ) подхода, т. е. с этической точки зрения «внежалостливо», что делает излагаемый материал уязвимым для критики с общечеловеческих позиций. В первую очередь, речь идет о неизбежности смерти любого организма и невозможности возвращения здоровья в результате лечения многих хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В том числе, и после спасения жизни конкретному человеку путем применения высоких (и, как правило, дорогостоящих) технологий в критических ситуациях. В обзоре отмечается определенное несоответствие логики ТУ-подхода некоторым рекомендациям ВОЗ, которое прослеживается до момента написания обзора. Суть этого несоответствия состоит в том, что,

обозначив, помимо системы здравоохранения, основные «действующие лица» в деятельности по поддержанию здоровья — государство и гражданина, подчеркнув их равную ответственность за конечный результат, ВОЗ не называет и не предлагает никаких инструментов и правовых механизмов реализации их роли в процессе достижения цели. Возглавить процесс предлагается руководству национальных систем здравоохранения, «подставляя», с позиций ТУ-подхода, в очередной раз медицину, которая и так сегодня испытывает пресс многочисленных и «несправедливых» упреков, как со стороны населения, так и со стороны правительств. Что касается здорового образа жизни, то здесь ВОЗ окончательно переводит стрелки с гражданина на государство, заменяя его в итоге опять здравоохранением [2, с. 103].

За прошедшие несколько лет вышел еще ряд документов, в которых ВОЗ последовательно развивает идею абсолютного права всех граждан на максимально достижимый уровень их здоровья при поддержке государства и всеобщей ответственности за обеспечение условий его достижения. В первую очередь, это основные (для России) документы Европейского регионального бюро ВОЗ, опубликованные в последние годы: резолюция «Здоровье-2020 — основы Европейской политики улучшения здоровья и благополучия» — документ Европейского регионального бюро ВОЗ [3]. Основой для принятия резолюции послужил доклад «Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Евро-

<sup>1</sup> Статья рекомендована к публикации Ученым советом ИПУ РАН.



пейского регионального бюро ВОЗ», далее «Стратегия-2020, ВОЗ» [4]. И, наконец, материалы этой стратегии были утверждены и изданы в двух форматах: короткий документ (32 с.) для руководителей и разработчиков политики и более детальная версия «Здоровье-2020 — основы политики и стратегия» [5].

В докладе [4] впервые в «охране здоровья» четко обозначены два различных вида деятельности — лечение болезней и сохранение здоровья. А именно: «В привычной для нас системе взглядов на здоровье и его детерминанты и в подходах к воздействию на них произошел заметный сдвиг. Здесь рука об руку идут две сложные задачи (two challenges):

1) руководство системой здравоохранения и укрепление систем здравоохранения — это то, что мы называем «руководством здравоохранением» («health governance»);

2) совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, государственного и частного секторов и граждан во имя общих интересов — то, что мы называем «стратегическим руководством в интересах здоровья» («governance for health»»). Отметим здесь, что второй пункт в терминах теории управления может быть обозначен как управление человеком по критерию «здоровье» или короче — «управление здоровьем» [6].

Далее: «Мы определяем стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия как стремление органов государственного управления (правительств) и других действующих субъектов руководить сообществами, целыми странами или даже группами стран в их действиях по достижению здоровья, как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как общегосударственный подход, так и подход на основе участия всего общества. Следует понимать, что ответственность за здоровье общества должно нести все общество».

Отмечается, что «... государственная политика больше не может просто предлагаться в готовом виде. В исследовании показано, что для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное производство этого общественного блага, а также участие и сотрудничество граждан, потребителей и пациентов».

Однако конкретных форм указанного сотрудничества граждан и государства в докладе не предлагается, что характерно для документов ВОЗ, которые изначально носят рекомендательный характер.

И, наконец, итоговый документ [5, с. 11], высказывание Маргарет Чен — Генерального секретаря ВОЗ: «Мы стремимся к тому, чтобы улучшенные здоровья и благосостояния для всех рассмат-

ривалось в качестве одного из неотъемлемых прав человека. Однако хорошее здоровье нельзя купить за деньги. Больше шансов на успех имеет взвешенная политика, направленная на обеспечение социальной справедливости<sup>2</sup>. Мы должны бороться с коренными причинами (нездоровья и несправедливостей), используя подход с позиций социальных детерминант, который предусматривает вовлечение всего государства и всего общества». И далее: «Предоставление людям возможностей контролировать свое здоровье и его детерминанты способствует развитию сообществ и повышению качества жизни. Без активного участия самих людей многие возможности для укрепления и защиты их здоровья и повышения благополучия утрачиваются».

Таким образом, в документах ВОЗ понятие *здоровье* постепенно (через социальное благосостояние и благополучие в отношении здоровья) сближалось с понятием *качество жизни* в целях продемонстрировать многоаспектность проблемы, необходимость выхода за рамки сектора здравоохранения, многообразие действий и, как следствие, ответственность всех секторов в обеспечении жизнедеятельности населения, вновь подтверждая тем самым ограниченность чисто экономического подхода. Будучи интегральной характеристикой качества жизни, здоровье одновременно зависит от взаимодействия всех его составляющих. В конечном итоге, помимо социально-экономических условий, состояние здоровья обусловлено жизненными обстоятельствами и индивидуальным выбором.

Сегодня ВОЗ употребляет понятия *здоровье* и *качество жизни* «в связке», которая 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 ВОЗ повсеместный переход от медицинской модели, ориентированной на лечение болезней, к социальной модели, в основе которой, наравне с лечением, лежит не только деятельность по профилактике болезней и восстановительная медицина, а также «совместная деятельность по управлению в интересах здоровья». 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 скорее набор «благих» намере-

<sup>2</sup> В отношении здоровья.

ний, в котором определен круг желаемых положений, но никак ни способы, ни средства для их достижения. При этом складывается «ошибочное» впечатление, что совместными усилиями можно будет создать такие условия, при которых возможно «превращение выбора более здоровых альтернатив в более легкий выбор (ВОЗ)», а любое нездоровье «как бы» исключается в принципе. В то же время для гражданина речь может идти лишь о формировании такого образа жизни, который не приводит к ее сокращению. Это потребует от него определенных «болезненных» затрат, в первую очередь временных, т. е. затрат времени, которое индивид должен тратить сам, причем осознанно и регулярно. Задачи, поставленные в документах ООН и ВОЗ, в значительной степени преследуют те же гуманистические цели, которые в 1930-е гг. были продекларированы в СССР, с той лишь разницей, что сейчас под них подводится другая идеология и социально-экономическая база. 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.

В настоящей работе предлагается образовать еще одну сферу общественных взаимоотношений на основе создания контура совместного управления здоровьем. В 1980-е гг. мы начинали эту работу в качестве специалистов по информационным технологиям [8]. В последние годы область наших исследований расширилась до уровня прописанной в Конституции РФ 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) [9–11]. Все удалось объединить в конструктивную технологию по управлению здоровьем благодаря принципам и логике теории систем и теории управления, базирующихся на общих закономерностях процессов управления и передачи информации в машинах, живых организмах и обществе.

## 1. ПРЕДПОСЫЛКИ СМЕНЫ ПАРАДИГМЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Итак, проблема сохранения и укрепления здоровья выходит за рамки медицинской науки. Это организационная проблема, а точнее — проблема управления здоровьем. С середины прошлого столетия во многих научных дисциплинах, включая экономику, теорию управления и здравоохранение, а в последнее время и во многих отраслях государственной деятельности и в деятельности администрации местной власти, появилось понятие «качество жизни». Коснулось это и России, где в 2012 г. на государственном уровне был принят пакет социально-значимых документов<sup>3</sup>, касающихся вопросов социальной защиты граждан, создания рынка доступного жилья, развития образования, поддержки семьи, материнства и детства, совершенствования системы здравоохранения и формирования здорового образа жизни. Правительству РФ поручено обеспечить достижение ряда показателей, в том числе: «уровень удовлетворенности граждан Российской Федерации... качеством предоставления государственных и муниципальных услуг к 2018 г. — не менее 90 %». Предусмотрено «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».

С учетом изложенного, если исходить непосредственно из значения термина *жизнедеятельность* — т. е. деятельность, направленная на поддержку жизни — интегральным критерием оценки «услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности населения муниципальных образований» может быть только здоровье этого населения [12].

В конце 2012 г. принята новая «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации», далее Программа — 2020. В ней 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 приня-

<sup>3</sup> Указы Президента РФ № 596–606 от 7 мая 2012 г.



тия 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 делает 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, скоординированных по своему содержанию с данной подпрограммой и имеющих адекватное финансирование для ее реализации». Отметим здесь, что за год до выхода Программы-2020 (в ноябре 2011 г.) появился новый закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где в ст. 27, п. 1 впервые кратко сформулировано: «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья».

Рассмотрим виртуальный «живой организм», состоящий из нескольких элементов. Если они объединены (согласно требованиям ТУ-подхода) в систему по принципу единства цели — максимально достижимого уровня здоровья одного или нескольких из них, то их совместная деятельность в системе должна удовлетворять условию функциональной целостности. Другими словами, между элементами должны устанавливаться такие взаимоотношения, при которых с неизбежностью вытекают ограничения по ряду свобод. В этой ситуации становится возможной формализация отношений

между сторонами, которая и позволит сделать гражданину упомянутый в Программе-2020 «осознанный выбор», а государству — определиться с размером гарантированного ему «объема качественной медицинской помощи».

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). В этой паре возможно формирование таких взаимоотношений, которые позволяют перейти от умозрительных рассуждений по поводу «ответственности» самой личности за свое здоровье к конкретным должностным обязанностям и ответственности сторон за совместный конечный результат. Отметим, 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. В первую очередь, это работодатели и руководители образовательных учреждений. Между ними и гражданами уже существует официально оформленный документ в виде «Трудового договора» или «Устава образовательного учреждения», в отсутствие которых невозможны совместная деятельность и правовое регулирование производственных отношений. В рамках дополнительного соглашения к этому документу и появляется возможность реализации процесса управления здоровьем конкретного сотрудника (учащегося).

Предложено для формализации общественных взаимоотношений по критерию здоровья использовать структуру контура управления (см. первую часть [1] настоящей статьи), включающую в себя три основных субъекта: государство, гражданина и лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) — поликлинику (рис. 1).

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 здо-

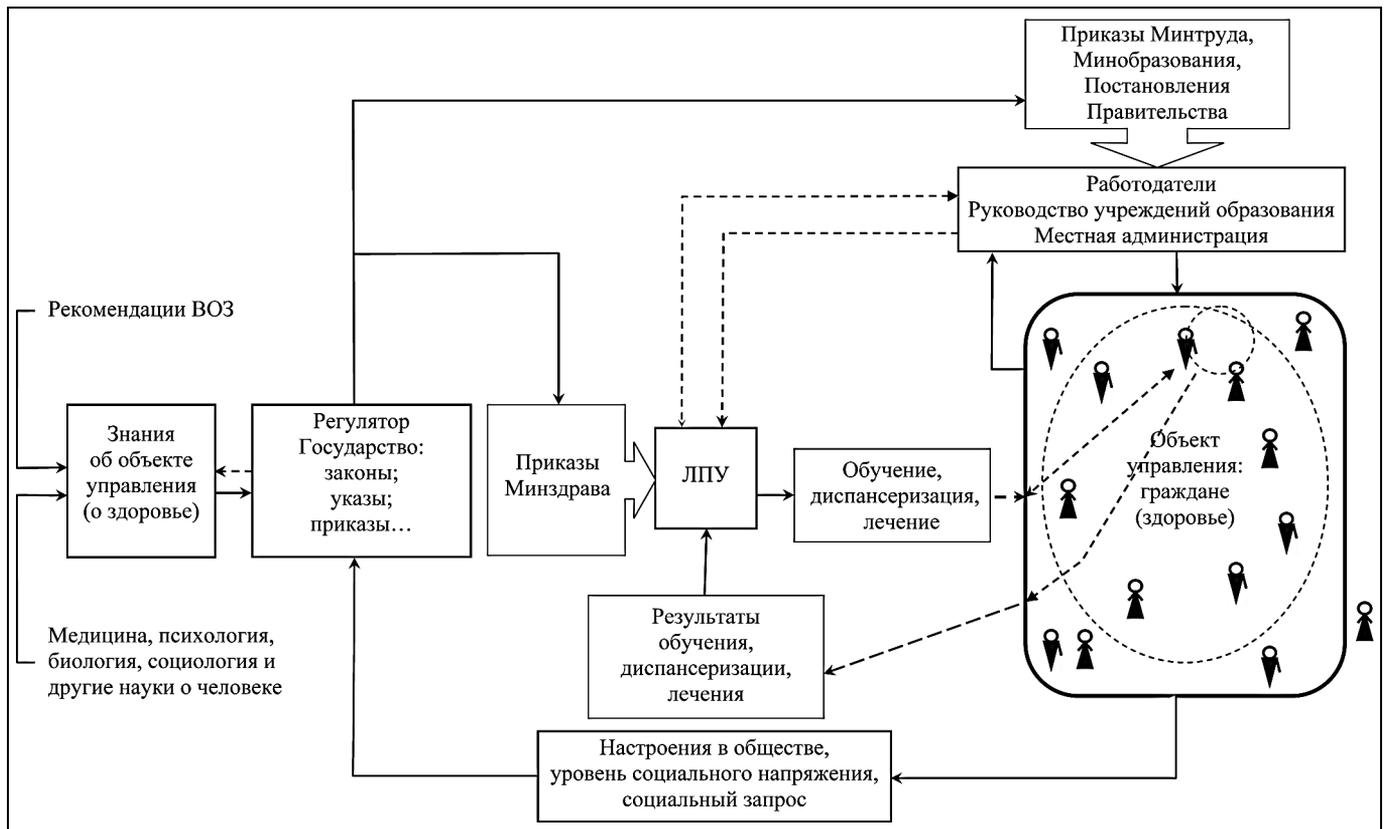


Рис. 1. Структурная схема системы управления здоровьем в общем виде

рове 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 принято, 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 [13, 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 измерения 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 здоровьем 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.



ранения. 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. Поводом для такого поступка со стороны человека всегда были «боль, страх и беспомощность» в связи с нездоровьем, которые с неизбежностью приводили к возникновению соответствующих общественных отношений, позволяющих замкнуть контур управления.

## 2. ОСОБЕННОСТИ НОВЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ

Если же речь идет о здоровье здорового человека, то в связи с особенностями объекта управления в отношении здоровья (см. первую часть [1] настоящей статьи) в современных условиях, контур управления создают государство и гражданин на договорных условиях. Государство для этого имеет власть и средства, а гражданин является «собственником» здоровья. Впервые такая попытка научного (юридического) обоснования сделана в работе [11]. Для случая, когда в качестве регуляторов здоровья выступают работодатель и работник, разработан документ, названный «Дополнительным соглашением к трудовому договору», в котором прописаны обязанности и ответственность сторон. Приводится пример такого соглашения, в котором оговаривается обязательство работника встать «на учет» по поводу здоровья в одно из учреждений первичной медицинской помощи, сотрудничающее с предприятием работодателя. Далее, например:

— один раз в год проходить скрининговое обследование в доврачебном кабинете поликлиники по регламенту с места работы;

— оформить по результатам компьютерного собеседования и консультации со специалистом поликлиники дневник здоровья (аналог амбулаторной карты пациента, хранящийся у работника), в котором будет определен текущий уровень здоровья работника, перечислены факторы риска и рекомендации по коррекции образа жизни, направленной на поддержание (повышение) индивидуального здоровья; на основании беседы со специалистом определяется индивидуальный формат и регламент обучения здоровью (возможно,

заочного) по программе «школ здоровья» при поликлинике;

— в случае попадания работника в группу риска развития того или иного заболевания, работник (после консультации со специалистом поликлиники) проходит дополнительное лабораторно-инструментальное обследование по регламенту поликлиники, согласованному с работодателем;

— по результатам лабораторно-инструментальных обследований работнику назначается необходимая терапия, а так же даются рекомендации по коррекции образа жизни, результаты которых фиксируются в амбулаторной карте работника; «уровень здоровья» работника при повторном обследовании также отмечается в дневнике здоровья.

В свою очередь, работодатель обещает в случае выполнения работником всех перечисленных договоренностей дополнительное финансирование страховых случаев, связанных со здоровьем, и не обеспечиваемых государственными гарантиями в рамках бесплатной медицинской помощи, а также и на период восстановительного лечения в размере (например, не менее 50 % запрашиваемой стоимости).

В рамках развиваемого подхода система здравоохранения, равно, как и система образования, являются отдельными «как бы» автономными органами в популяционном организме, созданными искусственно в целях повышения его гомеостатичности (рис. 2).

На схеме видно, что, функционируя в рамках приказов Минздрава (исполнительного органа государства), поликлиника получает возможность реализовать возложенную на нее программу диспансеризации при наличии, как сказано в Программе-2020, «зафиксированных корреспондирующих обязательств... со стороны гражданина (пациента)». Обязательств, которые, в свою очередь, позволяют государству определиться с объемом качественной медицинской помощи, гарантированной гражданину за счет государства. На схеме представлены основные этапы диспансеризации, последовательно выполняемые поликлиникой согласно современным научным представлениям. На первом этапе это «Скрининг», который осуществляется опросными методами с помощью недорогого автоматизированного анкетирования. В случаях попадания респондента в группу риска по результатам скрининга или половозрастным нормативам Минздрава проводится лабораторно-инструментальное «Дообследование». Затем, в случае выявления у него факторов риска (ФР) по результатам скрининга и дообследования, возможна «Коррекция ФР» — оформление соответствующего согласия гражданина как на изменение образа жизни по ряду привычек, так и на прохождение курса лечебно-профилактических мероприятий.

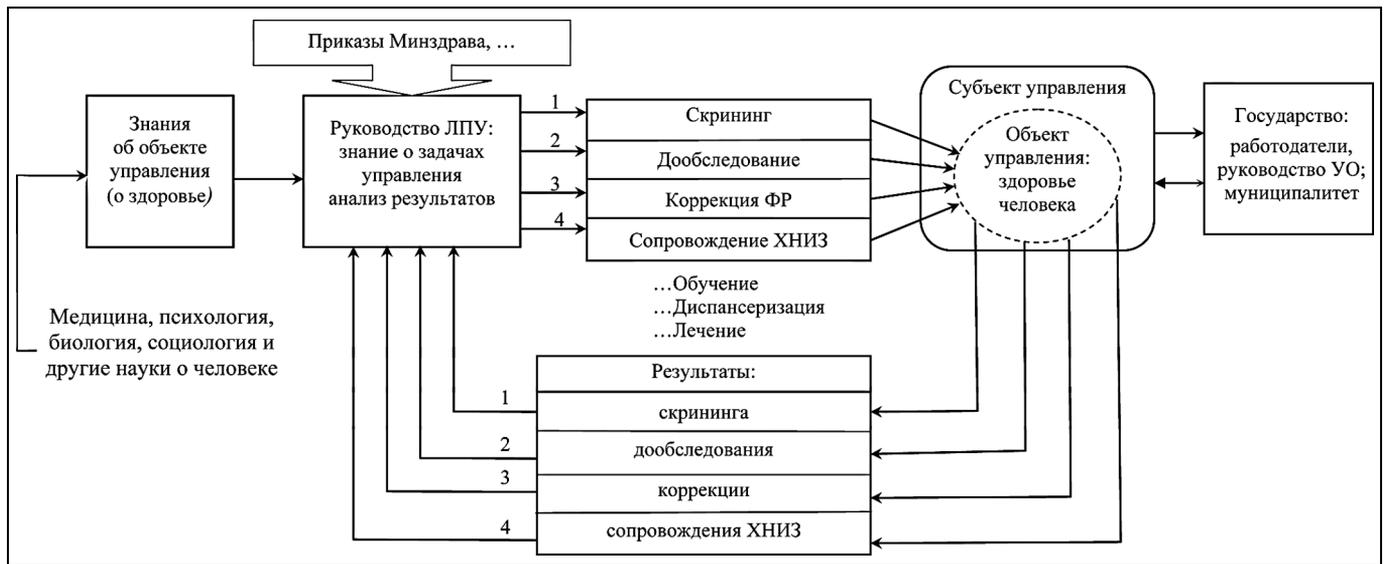


Рис. 2. Структурная схема системы управления здоровьем применительно к профилактической деятельности ЛПУ — поликлиники

И, наконец, в случае обнаружения ХНИЗ, осуществляется (как правило, пожизненное) перманентное наблюдение гражданина по конкретному заболеванию в соответствии с заключениями и по регламенту специалиста ЛПУ: «Сопровождение ХНИЗ».

В то же время традиционного, простого перебора граждан (только лишь в статусе объекта) в целях выявления у них наличия или риска развития ХНИЗ уже недостаточно. Один из основных выводов ТУ-анализа современной ситуации со здоровьем заключается в том, что для включения граждан в процесс управления здоровьем в качестве равноправных субъектов — регуляторов этого процесса, потребуется обязательное наличие образовательного компонента, который и обеспечит осознанное управление собственным здоровьем со стороны гражданина дополнительно к самосохранительному поведению, основанному на рефлексах 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 потребуется 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 в ряде городов Российской Федерации [14].

В ИПУ РАН коллективом разработчиков компьютерной системы (получившей впоследствии название ЭДИФАР — экспертный диалог для исследования факторов риска) был создан специальный интерфейс пользователя — пациента поли-

клиники — человека, как правило, не обладающего навыками компьютерной грамотности [15, 16]. Затем последовала ИТ-формализация вопросников и решающих правил для формирования групп риска по основным ХНИЗ, авторами которых были специалисты-медики. Процедура самостоятельного заполнения электронной анкеты пациентом осуществлялась в доврачебном кабинете поликлиники в диалоговом режиме с компьютером. На следующем этапе работы были получены теоретические результаты, перечисленные в первой части [1] настоящей статьи.

В конце 1980-х гг. принципиальной для дальнейшего развития работы и одним из главных результатов эксплуатации системы ЭДИФАР в конкретной 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.

Такой кабинет может обслуживать не только профилактическую «медицинскую» деятельность, но и выполнять функции информационно-аналитического центра мониторинга качества жизни при местной администрации. Объединение их «под одной крышей» поликлиники является организационным приемом, основанием для которого служит как упомянутое ранее совокупное влияние на здоровье человека практически всех структур жизнеобеспечения на местах, так и необходимость (в случае обнаружения во время процедуры собеседования отклонений в здоровье) последующего пошагового участия специалистов медицинского профиля [18]. Совместная эксплуатация доврачебного кабинета со стороны местной власти и поликлиники позволит учесть интересы всех сторон и значительно сократить расходы на его содержание.

Особо отметим, что для работодателей и местной власти расходы на обслуживание мониторинга здоровья и диспансеризацию по предлагаемой схеме невелики, с учетом того, что многим вообще никакие дополнительные обследования не понадобятся, а все сведется к конфиденциальному обучению пациента здоровому образу жизни по результатам скрининга. Для здравоохранения это «камень с плеч» в финансовом отношении — не надо отрывать средства от лечения больных. В нравственном отношении — на «неблагодарного» здорового жалко тратить не столько средства, сколько время, которое, с учетом исключительной дороговизны подготовки и воспитания специалиста в медицине, расходуется в этой ситуации крайне неэффективно. Работодатель же, в свою очередь, всегда имеет возможность убедиться в обоснованности потраченных средств на диспансеризацию, а главное, он имеет реальные административные рычаги воздействия на работника при управлении здоровьем подчиненного ему контингента работающих.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ современной ситуации со здоровьем с позиций теоретико-управленческого подхода приводит к необходимости повышения роли и статуса учреждений первичной медицинской помощи в решении общих задач жизнеобеспечения органами местной власти. Признавая при этом 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. Предлагается применить 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. Другое дело, что вход в это комплексное учреждение для «здоровых» граждан и «пациентов», т. е. граждан, нуждающихся, по их мнению, в консультации у специалиста поликлиники, должен быть отдельным. Они не должны пересекаться и в очереди на прием к специалистам. 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 ее основе формировать управляющие воздействия на объект через конкретных индивидов [19].

Складывается впечатление, что в документах ВОЗ многие аспекты современных требований к социальной политике государства разработаны гораздо раньше, чем необходимость в них возникла на уровне правительств развитых стран. А появившиеся в последние годы многочисленные документы по этим вопросам со стороны государственной власти подтверждают эту точку зрения.

Как следствие, принципиальной особенностью наступившего периода развития цивилизации становится «обеспечение» здоровья путем системного управления этим здоровьем тремя основными субъектами: человеком (он — главный), госу-

дарством (оно определяет правила «игры» через организационно-правовые технологии) и здравоохранением (оно служит источником знаний и практик для такого управления). Этому периоду соответствует новая организационная парадигма развития первичного здравоохранения — совместное управление здоровьем дополнительно к оказанию 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, который, с одной стороны, приведет к снижению напряжения в обществе и взаимных претензий сторон в здравоохранительной 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 здравоохранительной деятельности и гармонизировать отношения в обществе практически во всех сферах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дартау Л.А. Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность // Проблемы управления. — 2015. — № 2. — С. 52—59.
2. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. — М.: СИНТЕГ, 2009. — 400 с.
3. URL: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance> (дата обращения 19.01.2015).
4. 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.
5. *Здоровье-2020* — основы политики и стратегия / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 2013. — 224 с.
6. Васильев С.Н. Цивилизованность и наука. — Иркутск: Институт динамики систем и теории управления СО РАН, 2004. — 66 с.
7. Пищита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты. — М.: ЦКБ РАН, 2008. — 196 с.

8. Петровский А.М., Дартау Л.А. Здоровье популяции и автоматизированный скрининг поведенческих и экологических факторов // Экология, медицина, радиоэлектроника: сб. тр. — М., 1991. — С. 35—54.
9. 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.
10. Пищита А.Н., Дартау Л.А. Организация деятельности центров здоровья по управлению здоровьем человека // Фарматека. — 2010. — № 12 (206). — С. 101—105.
11. Дартау Л.А., Алехин А.И., Пищита А.Н. Общественные взаимоотношения и принципы управления индивидуальным здоровьем в структуре современного здравоохранения как основа инновационной деятельности государства по сохранению человеческого потенциала РФ // Россия: тенденции и перспективы развития: ежегод. / ИНИОН РАН. — 2011. — Вып. 6, ч. 2. — С. 208—213.
12. Дартау Л.А., Румянцева Е.С. Роль и возможности администрации на местах в решении проблем мониторинга и управления качеством жизни населения // Тр. первой междунар. науч.-практ. конф. «Регионы Евразии: стратегии и механизмы модернизации, инновационно-технологического развития и сотрудничества» / ИНИОН РАН. — М., 2013. — Ч. 1. — С. 589—594.
13. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ / Европейская серия по достижению здоровья для всех.* — 1999. — № 6. — 310 с.
14. Дартау Л.А., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е. Проект «Здоровые города»: особенности и возможности реализации в РФ // Проблемы управления и управляемости социальных процессов: методология, методы и процедуры социологического исследования: материалы второй всерос. науч. конф. «Социальное управление, коммуникация и социально-проектные технологии» (25—26 окт. 2007 г., г. Москва). — М., 2008. — С. 492—499.
15. Применение системы ЭДИФАР для изучения здоровья населения при массовых профилактических обследованиях / А.М. Петровский, Л.А. Дартау, Р.Р. Мошавили и др.: препринт. — М.: ИПУ РАН, 1991. — 43 с.
16. Руководство по применению компьютерной технологии «ЭДИФАР» для собеседования с населением в учреждениях первичной медицинской помощи (поликлиниках) / сост. Л.А. Дартау. — М.: 24\_printservice, 2002. — 75 с.
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. 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.
19. 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» / ИНИОН РАН, 30—31 окт. 2012 г., г. Москва. — М., 2013. — С. 368—372.

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.