

## ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ УПРАВЛЕНИЯ

**Л.А. ДАРТАУ<sup>1</sup>, Ю.Л. МИЗЕРНИЦКИЙ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН,  
г. Москва, Россия

<sup>2</sup>МНИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава,  
г. Москва, Россия

Тенденция заранее судить о реальности, основываясь на своих ожиданиях, является основным фактом, известным о человеческом сознании. Дэвид Дж. Майерс [1, с. 35]

Подход к данной проблеме с позиций теории управления позволяет избавиться от подобных эмоций, а предлагаемые решения воспринимать как обоснованные и оптимальные на уровне средств и времени, которыми располагает современное общество «здесь и сейчас», смягчая тем самым напряженность в социуме и делая их одновременно этически выдержанными. Методологически теория управления не позволяет уходить от реального объекта, поскольку что бы нас ни интересовало в нем, воздействие, в конечном счете всегда направлено непосредственно на объект. Управляют на самом деле всегда *объектом*, а цель, как правило, формулируется по отношению к какой-либо *характеристике* объекта [3]. Таким образом, **здоровье**, как цель управления, имеет право на существование, но как объект – **не существует**. При таком подходе **здоровье** рассматривается как любая другая величина, которую можно **наблюдать, измерять, и о которой можно спросить самого человека**. Последний из перечисленных приемов получения дополнительных сведений об изучаемом объекте – наиболее существенен с точки зрения решения задач управления **здоровьем**, поскольку представляет собой способ замыкания обратной связи в контуре управления, обеспечивая тем самым эффективность этого управления.

Как правило, специалисты по оказанию медицинской помощи, равно как и распространители товаров или услуг, рассматривают объект лишь как пациента, клиента, потребителя, покупателя и пр., мнение которого важно лишь для коррекции действий профессионала. В свою очередь, подход с позиций теории управления утверждает, что в большинстве ситуаций, связанных со здоровьем, сам человек является первой и главной фигурой, то есть выступает *регулятором* [4]. Поэтому и просветительская деятельность, и пропаганда, направленные по адресу гражданина, только создают иллюзию воздействия на объект, но не являются, по сути, управлением. То же самое можно сказать и о вменяемой в обязанности врача использовании тактики убеждения пациента в целесообразности тех или иных изменений в образе его жизни.

Этот момент является **самым слабым звеном** во всех без исключения мероприятиях, связанных с улучшением показателей индивидуального и общественного здоровья. Здоровый человек не только не хочет знать о том, как он «устроен» и «функционирует» в связи со здоровьем, но и «сопротивляется» передаче этих знаний, особенно когда дело касается анализа его собственного, нередко *здоровьеразрушающего* (по аналогии с уже распространенным термином – *здоровьесберегающего*) поведения, особенно в отношении различных привычек и навыков повседневной жизни. Эти психологические аспекты «сопротивления» восприятию знаний и, как следствие, отсутствие изменения мотиваций и образа жизни практически нигде в литературе по «просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни» не затрагиваются. Все сводится к попыткам не столько научно, сколько эмоционально, обосновать, как хорошо быть здоровым и как плохо – больным. *Профилактика и здоровый образ жизни* до сих пор идут под знаменами гуманизма, здравого смысла и именно поэтому часто носят декларативный характер, поскольку аргументации, обоснованной точными науками, к сожалению, нет. С точки зрения подхода с позиций теории управления, «здесь и сейчас» определяющими факторами формирования отношений в треугольнике «государство – система здравоохранения – гражданин» становятся следующие реалии: а) потенциальная возможность гражданина достичь своего возраста дожития; б) принципиальная невозможность

лечения большинства болезней цивилизации; в) необходимость управления собственным здоровьем со стороны самого гражданина.

а) Благодаря достижениям медицинской науки и микробиологии (открытие бактериальной природы многих инфекционных заболеваний и широкое внедрение иммунизации) в большинстве европейских стран около 150 лет назад произошел уход от высокой смертности детей в ранних возрастах и невысокого возраста (30 лет) достижения взрослых индивидов.

Следующим этапом (в связи с открытием и широким применением во врачебной практике антибиотиков, других высокоэффективных средств лечения) в середине XX столетия был переход в кривой 3, принципиальной особенностью которой является резкое увеличение смертности после 40 лет и достижение в большинстве развитых стран (включая Россию) средних возрастов дожития в пределах 70 лет. Последующие крупномасштабные, долговременные (в течение 20 лет) научные популяционные исследования, опирающиеся на принцип репрезентативной выборки, и возможности современной вычислительной техники, подтвердили связь возрастов дожития конкретного индивида с его образом жизни, включая не только физические, но и психологические особенности личности и способность выстраивать социальные отношения, обеспечивающее сохранение здоровья.

б) «Победив» с помощью иммунизации и антибиотиков самые страшные болезни, причинами которых оказались микроорганизмы, человечество столкнулось с принципиально другими причинами смерти – преждевременным, как правило, «износом» механизмов гомеостаза и невозможностью их полного восстановления после лечения. Видимых препятствий здесь нет, и бороться не с кем. При относительно благополучной экологической обстановке, в которой живет большинство населения развитых стран, и относительно редкой распространенности генетических заболеваний, обрекающих индивида на преждевременную смерть, все сводится к выполнению достаточно простых и давно известных правил повседневной жизни. Одновременно, все усложняющиеся и повышающиеся в цене высокие технологии лечения и дорогостоящие лекарственные средства продлевают жизнь, не сохраняя при этом здоровья. Став инвалидом, человек ведет «вынужденный образ жизни», качество которого не позволяет ему поддерживать свое существование самостоятельно. Более того, возникающие проблемы нередко становятся бременем для семьи и общества. Осознание порочности вложения средств только в лечение в итоге привело к принятию ВОЗ новой парадигмы здравоохранения. Кардинальная смена взглядов на проблему привела к принятию в нескольких европейских странах, начиная с 2002 года, законов об эвтаназии [5].

в) Все ниже изложенное относится исключительно к *здоровью* как к свойству живых систем, обеспечивающему им выживание и благополучие во всех сферах жизнедеятельности. Социально-экономическая обстановка в большинстве развитых стран такова, что трудящиеся фактически уже все, что необходимо для сохранения здоровья, по крайней мере, на законодательном и правовом уровне, завоевали. А именно: повсеместно принят ряд законов о восьмичасовом рабочем дне, минимальной для выживания человека зарплате, жилье, бесплатной первичной медицинской помощи (то есть той, которая действительно помогает в большинстве случаев полностью восстановить временную нетрудоспособность) и бесплатном же начальном и среднем образовании. В случае потери работы гарантировано пособие по безработице, а в старости – пенсионное обеспечение (возможно минимальное, но гарантированное). Если считать, что для восстановления сил человеку необходимо 8 часов сна, то оставшиеся 8 часов составляют тот резерв времени «свободного» человека, который (в демократическом государстве) он может потратить по своему личному усмотрению. И если эти законы в демократических странах являются социальным завоеванием трудящихся (справедливости ради, здесь уместно заметить, что у истоков всех этих завоеваний всегда стояли, в том числе, и врачи), и государство обязано неукоснительно их выполнять, то предоставленная свобода в размере 8 часов в сутки и есть тот личный ежедневный капитал, который человек свободен направить (потратить) на достижение любых жизненных целей по своему усмотрению. Специфика современной ситуации заключается в том, что никто никого «как бы не эксплуатирует». Каждый располагает этим гарантированным набором из 8+8+8 часов в сутки. В 40-е годы в США появилась поговорка «время–деньги», и граждане бросились менять это, завоеванное с таким трудом, время на дополнительные заработки. Как следствие – массовые депрессивные состояния, связанные с переутомлением. При этом человек перерабатывает не по причине эксплуатации, а по собственному желанию. «Работай хоть 24 часа в сутки, никто не может запретить». И в эту «воронку» граждан засасывает, в том числе, и современная кредитная политика бизнеса, когда любой товар можно получить «здесь и сейчас» с последующей, якобы безобидной, выплатой кредита. Попытки западных же врачей обратить внимание пациентов на истинные причины болезней,

равно как и на переедание, малую двигательную активность и пр. вызвали ответную реакцию и обвинения во вмешательстве в личную жизнь. В среде медицинских социологов появился даже новый термин – «медицинский империализм». Гражданин считает, что если ему плохо, то врач должен не просто помочь, а вылечить его. Если же вылечить не может, так это по причине низкой квалификации как специалиста, а также отрасли в целом, и, следовательно, вследствие слабости соответствующей государственной политики. И социологические исследования с энтузиазмом «молодой» науки взялись оценивать не просто удовлетворенность в обществе предоставляемыми потребителю медицинскими услугами, но и квалификацию медицинских специалистов. Очевидно, что полученные в таких исследованиях результаты никак не могут способствовать разрешению проблемы. Признавая влияние на здоровье человека условий и образа жизни, делается вывод, что, с одной стороны, государство должно эти условия постоянно улучшать, а врач в доброжелательной и ненавязчивой форме (при отсутствии очередей, достаточном количестве талонов и неограниченном времени на прием каждого пациента) попытаться убедить его в необходимости смены стереотипов. И опять сам гражданин «ни при чем», и спросить с него некому. В то же время во всех развитых странах возросло и продолжает увеличиваться количество долгожителей, которые сегодня проживают во всех частях света, независимо от климатических условий и общественного устройства. И есть у этих людей, как показывают все те же социологические исследования, несколько общих черт – они просто «живут по совести, по силам и с любовью к ближнему». А раз индивидуальная умеренность во всем и есть путь к долголетию, то почему наше общество спрашивает с врачей, а государство на них фактически «топает ногами»?

С позиций управленческой науки распутать этот «клубок противоречий» возможно лишь одним путем – волевыми действиями государства (власти на местах) по управлению здоровьем согласно принципам теории управления и разделения ответственности за результат управления с самим гражданином [6–10]. Такая, по сути инновационная, деятельность включает, как отказ от потребительского отношения к собственному здоровью, так и ориентацию граждан на активное взаимодействие со специалистами, владеющими в первую очередь современными знаниями именно по поддержанию здоровья, а не лечению болезней.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Мейерс ; перев. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 1999. – 688 с.: ил.
2. Эльштейн, Н.В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики / Н.В. Эльштейн. – Таллин: Валгус. 1983.
3. Основы автоматического управления / Под ред. В.С. Пугачева. – М.: Наука, 1974.
4. Дартау, Л.А. Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации / Л.А. Дартау // Проблемы управления. – 2003, № 2. – С.43 – 52
5. Дартау, Л.А. Феномен здоровья: концепция и прикладные аспекты / Л.А. Дартау // Проблемы управления. – 2005. – № 5. – С. 92 – 98.
6. Мизерницкий, Ю.Л. Общественное здоровье: компьютерная технология для электронного анкетирования по вопросам медико-социального благополучия населения / Ю.Л. Мизерницкий, Л.А. Дартау // Методологические и медико-психологические аспекты здоровья и здорового образа жизни: материалы III Всероссийской науч.-практ. конф. ; под ред. Т.В. Косенковой, В.В. Селиванова. – Смоленск: Универсум, 2005. – С. 150 – 153.
7. Дартау, Л.А. Особенности мониторинга здоровья подростков и учащихся вузов (на основе технологии ЭДИФАР) / Л.А. Дартау, Г.И. Семикин, Е.А. Стефанюк. – Смоленск: Универсум, 2005. – С. 77–80
8. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л. Современные подходы к управлению общественным здоровьем: фундаментальные, правовые и организационные аспекты / Л.А. Дартау, Ю.Л. Мизерницкий // Здоровье и здоровый образ жизни: состояние и перспективы (методологические и медико-психологические аспекты) ; под ред. Н.Е. Мажара, Т.В. Косенковой, Ю.Л. Мизерницкого. – Смоленск: Универсум, 2006. – С. 13–24.
9. Дартау, Л.А., Косов А.В. Здоровье человека: реальность и внутренний миф /Л.А. Дартау, А.В. Косов. – Смоленск: Универсум, 2006. – С. 29 – 32.
10. Потанина, Ю.А. Компьютерная технология ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах) / Ю.А. Потанина, Л.А. Дартау, О.В. Белоконов. – М.: Московский лицей, 1999. – 205с.

# PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH IN TERMS OF CONTROL THEORY

*L.A. DARTAU, J.L. MIZERNITSKY*

## *Summary*

Electing health as a subject of scientific investigation, it is impossible to avoid discussing the moral aspects of the relationship in society. The main actors here are the state health system and the citizen. The specifics of the problem is that any argument about the health of the individual, as a rule, emotionally overwhelmed, and practical advice of the health system is often perceived as ruthless, or even a «cynical» for «as long as there will be sickness and death, but they are inevitable, people will be unhappy medicine. Every step forward will be perceived physicians as another victory, and patients will continue to consider unresolved issues».

© Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л.

*Поступила в редакцию 7 сентября 2011г.*