

## **ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<sup>1</sup>**

*В статье дается пояснение лечебно-профилактического и профилактико-лечебного направлений медицины, приводятся характеристики факторов здоровья и факторов риска для здоровья с позиций вариантов состояния человека и окружающей среды, целей трех уровней профилактики состояний здоровья и болезни, моделей взаимоотношений медицинского работника и индивидуума (больного и здорового), раскрывается матрица «служб здоровья».*

*Дается объединение направлений медицины в виде составных частей системы экономики знаний, поясняется реализация их через формы взаимоотношений «индивидуум — врач», «врач — больной» и организационные формы здравоохранения. Изменения функционального состояния характеристик индивидуума, определяемые генетической детерминированностью, проявляются по-разному в различные возрастные периоды на разных этапах жизнедеятельности, что может становиться фактором здоровья или риска для здоровья. С позиций практической деятельности медицинского работника применительно к индивидууму необходимо установление приоритетов совокупных конкретных вариантов взаимоотношений окружающей среды и его функционального состояния. Рассмотрение вариантов этих взаимоотношений должно производиться с позиций благоприятности и неблагоприятности, с учетом их деятельности, коррегируемости или неустранимости. Изложены содержание и принципы деятельности служб здоровья.*

*Естественно, что в поддержании стабильного гомеостаза, зависящего от уровня саморегуляции и реализуемого в адаптированности функционального состояния, ведущая роль принадлежит поведенческим реакциям. Последнее является ключевым фактором формирования, сохранения, улучшения, коррекции состояний здоровья, протекания и реабилитации заболевания.*

*Экономические аспекты здравоохранения в рамках территориально-общественных сообществ напрямую связаны с рассмотрением здоровья и болезни с позиций интеграции направлений медицины и экономики знаний. Идеалом медицины XXI века в территориально-общественных сообществах должна стать медицина профилактическая (медицина здоровья), а в практической деятельности — профилактико-лечебная. Применительно к подготовке и практической деятельности медицинского работника необходимо рассмотрение содержания системы знаний о здоровье и функционировании элементов служб здоровья в здравоохранении как основополагающих составляющих в экономике знаний.*

<sup>1</sup>© Клименков Г. В. Текст. 2018.

Статья подготовлена в соответствии с государственным заданием ФАНО России для ФГБУН «Институт экономики УрО РАН» на 2018 г.

**Ключевые слова:** здравоохранение, состояние здоровья, виды благополучия, территориально-общественные сообщества

Территориальное планирование предполагает разработку целой серии документов, связанных с развитием территории, сфер и отраслей. Одной из ведущих сфер, в рамках которой реализуется и национальный проект, является здравоохранение. Экономические аспекты здравоохранения в рамках территориально-общественных сообществ напрямую связаны с рассмотрением здоровья и болезни с позиций интеграции направлений медицины и экономики знаний. Рассмотрим соотношения лечебно-профилактических и профилактико-лечебных направлений медицины в контексте здравоцентристской концепции медицины, моделей взаимодействия медицинского работника и индивидуума, характеристик факторов здоровья и факторов риска для здоровья с позиций вариантов состояния человека и окружающей среды, деятельности «служб здоровья».

## **1. Лечебно-профилактическое и профилактико-лечебное направления медицины**

### ***1.1. Здравоцентристская концепция профилактического направления медицины***

Стратегия решения здравоцентристской концепции в территориально-общественных сообществах подразумевает реализацию системы экономики знаний о здоровье и взаимоотношений «медицинский работник — здоровый человек — соответствующие службы здоровья». Эти взаимоотношения должны обеспечить профилактику состояний здоровья здорового человека через управление его здоровьем, а через это — получение пользы, осязаемых и неосязаемых экономических эффектов.

Задачи медицинского работника в первую очередь заключаются в формировании у индивидуума активного отношения к своему здоровью. В итоге — это не просто декларирование принципов, а реализация их через поведение в виде мероприятий. Практические реализации мероприятий, как правило, не связаны со значительными финансовыми затратами.

Организационные решения должны преследовать цель снижения риска вероятного возникновения изменений или нарушений состояний здоровья за счет так называемой немедикаментозной профилактики. Основным элементом службы здоровья должна являться оздоровительная структура, оказывающая влияние на психофизиологические характеристики индивидуума с целью сохранения, улучшения и нормализации здоровья.

Вышеизложенная схема составляющих благополучия индивидуума лежит в основе так называемого профилактико-лечебного направления медицины.

### ***1.2. Схема профилактико-лечебного направления медицины***

Объединение направлений медицины в виде составных частей системы экономики знаний, реализация их через формы взаимоотношений

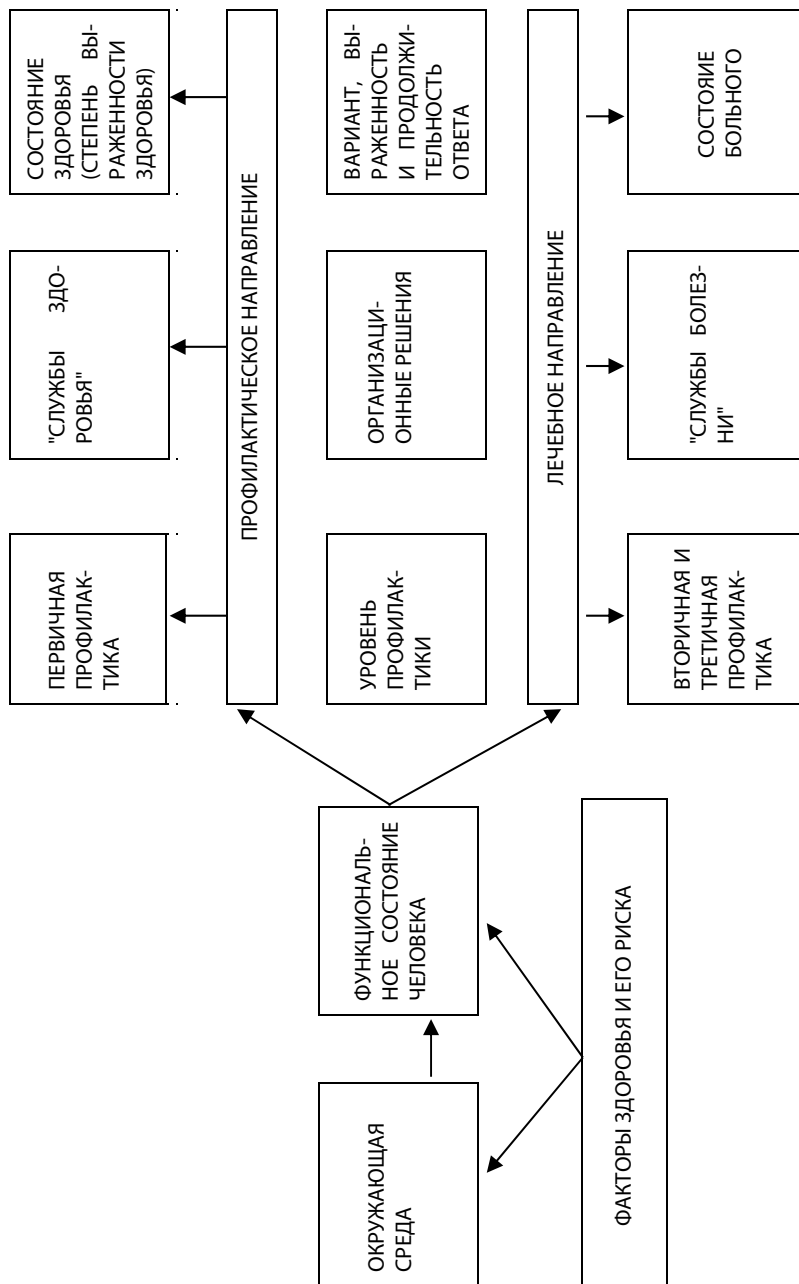


Рис. Схема профилактико-лечебного направления медицины

«индивидуум — врач», «врач — больной» и организационные формы здравоохранения представлены на рисунке.

## **2. Характеристика факторов здоровья и факторов риска для здоровья с позиций вариантов состояния человека и окружающей среды**

### ***2.1. Имеющееся и изменяющееся состояние человека***

Изменения функционального состояния характеристик индивидуума, определяемые генетической детерминированностью, проявляются по-разному в различные возрастные периоды на разных этапах жизнедеятельности. Это реализуется в формировании адаптированности или ее изменения как особенностей восприятия, обработки и реализации информации. Иначе говоря, функциональное состояние может становиться фактором здоровья или риска для здоровья.

Естественно, что в поддержании стабильного гомеостаза, зависящего от уровня саморегуляции и реализуемого в адаптированности функционального состояния, ведущая роль принадлежит поведенческим реакциям. Последнее является ключевым фактором формирования, сохранения, улучшения, коррекции состояний здоровья, протекания и реабилитации заболевания.

### ***2.2. Состояние окружающей среды как фактор здоровья и риска для здоровья с позиции имеющегося функционального состояния***

В зависимости от внутреннего этапа и периода жизнедеятельности отдельные части окружающей среды могут становиться приоритетными в отношении здоровья индивидуума. Они могут стать факторами сохранения, улучшения, коррекции состояний здоровья, причиной заболеваний, предотвращения их, реабилитации здоровья. То есть обычная физическая и социальная среда применительно к индивидууму может становиться фактором как здоровья, так и его риска в зависимости от его функционального состояния. В этом контексте приоритетным является принцип устойчивого развития территории (баланса социальной, экономической, экологической и институциональной составляющих развития территории).

Подводя итоги вышеизложенного, следует считать, что с позиций практической деятельности медицинского работника применительно к индивидууму необходимо установление приоритетов совокупных конкретных вариантов взаимоотношений окружающей среды и его функционального состояния. Рассмотрение вариантов этих взаимоотношений должно производиться с позиций благоприятности и неблагоприятности, с учетом их деятельности, регистрируемости или неустраиваемости.

И применительно к состоянию здоровья ключевым фактором воздействия на него в этих взаимоотношениях является уровень поведенческой психологии индивидуума. В настоящее время этот термин используется при анализе отношений человека к своему здоровью.

Подразумеваются психические и поведенческие возможности воздействий на здоровье.

### **3. Цели трех уровней профилактики состояний здоровья и болезни**

Практическое интегрирование профилактико-лечебного направления медицины нашло решение в этапности профилактики (классификация Канадской группы по регулярному медицинскому обследованию Министерства здравоохранения и социального обеспечения, 1980). Согласно этой классификации, исходя из целей, выделяют три этапа профилактики.

Первичная профилактика подразумевает снижение риска вероятного возникновения изменений или нарушения состояния здоровья за счет так называемой неспецифической профилактики.

Вторичная профилактика имеет в виду предотвращение, прерывание, минимизирование процесса заболевания или последствий заболевания и лечения еще до того, как возникли необратимые изменения.

Третичная профилактика направлена на замедление прогрессирования необратимых изменений и нарушений выявленного заболевания, дополняемое мерами, уменьшающими снижение нетрудоспособности.

Вплоть до настоящего времени врачи занимаются не первичной профилактикой состояний здоровья (т. е. предотвращением возникновения факторов риска для здоровья), а вторичной (выявлением начальных фаз заболевания и их лечением) и третичной профилактикой (ограничением значительного снижения нетрудоспособности и инвалидизации).

Ущербность медицинского образования в этом звене подчеркнул, в частности, английский специалист К.Тейлор (1982). Многие врачи не создают у больных и представления о том, что большинство болезней имеет не кратковременное, а хроническое течение, и ремиссия — это не выздоровление, а лишь временная «передышка», о чем говорил еще М.Н. Кончаловский (1935).

### **4. Модели взаимоотношений медицинского работника и индивидуума (больного и здорового)**

До настоящего времени фактически существуют три модели взаимоотношений:

- 1) патерналистическая;
- 2) совещательно-информационная;
- 3) информационно-совещательная.

**4.1. Патерналистическая модель** является результатом требований пациента: «Я больной, вы меня лечите». Характеризуется тем, что сам медицинский работник решает, в каком аспекте и в какой мере информировать больного индивидуума о его состоянии и перспективах лечения. В данном случае информирование пациента о его состоянии осуществляется в зависимости от точки зрения врача.

**4.2. Совещательно-информационная модель.** Возникла в середине двадцатого века в связи с распространением точки зрения о правах человека, когда получение информации становится правом пациента. В этой модели медицинский работник выступает как друг и учитель, поскольку:

1) должен предоставлять пациенту всю медицинскую информацию, касающуюся его здоровья, и объяснить, какие методы предпочтительнее, убедить его в этом, то есть выступать в качестве эксперта-профессионала;

2) обязан осуществлять помощь больному в выборе лечения, наиболее для него полезного, но за врачом остается последнее слово в выборе лечения;

3) за пациентом, как за автономией, остается право выбора медицинского вмешательства по своему усмотрению и контроля за ходом лечения.

**4.3. Информационно-поведенческая модель.** Начала реализовываться в связи с расширением аспектов прав пациента. Термин «права пациента» получил распространение более 20 лет назад. Основные их параметры были впервые четко представлены в Лиссабонской декларации по правам пациента Всемирной медицинской ассоциации (1981) [1], а спустя 13 лет (1994) принята Декларация по правам пациента — Декларация ВОЗ о развитии прав пациента в Европе [2], в которой сформированы и детально прописаны принципы основополагающих прав пациента, а именно, право на: (1) информацию; (2) информированное согласие; (3) конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; (4) уход и лечение.

Что касается информированного согласия, то, в связи с принятием Советом Европы конвенции прав человека и биомедицинской этике [3], одним из пунктов конвенции является требование к соответствующему поведению врача (сестры) — никто не имеет права вмешиваться в мое тело без моего согласия, так как оно принадлежит мне. Согласно этому врач обязан объяснить пациенту, что у него происходит в организме, как, какими препаратами, какими методами он станет его лечить, каковы возможные последствия лечения. В связи с этим пациент дает письменное согласие. Если пациент просит, чтобы ему рассказали все, то необходимо его информировать, но если не просит, то лучше умолчать. Во многом решение данного вопроса — это проблема культурного уровня врача.

Российские законодательные акты, касающиеся прав пациента, соответствуют международным (европейским) стандартам. В связи с вышеизложенным «всеобуч» по вопросам прав пациента является приоритетной задачей органов практического здравоохранения, медицинского образования всего общества. И естественно, что врач и медсестра, выступая не только в роли пожарного, а и архитектора состояния здоровья, должны во взаимоотношениях с индивидуумом использовать информационно-совещательную модель взаимоотношений.

## **5. Матрица «служб здоровья»**

### **5.1. Принцип деятельности служб здоровья**

Роль медицинского работника исходя из задач первичной профилактики — как можно дольше удерживать человека в «службе здоровья» и попытаться не передавать его в «службу болезни». Это предъявляет определенные организационные и функциональные требования к любой из служб здоровья. И руководящим принципом этой оздоровительной инфраструктуры должно быть обеспечение формирования и функционирования индивидуально-динамического донозологического психофизиологического портрета жизнедеятельности человека. Данный принцип должен быть положен в основу функционирования любого из видов центров или диспансеров здоровья (детский сад, общеобразовательное, профессиональное учебное заведение, предприятие, различные уровни государственных и частных оздоровительных структур).

### **5.2. Содержание деятельности служб здоровья**

Этапность функционирования служб здоровья с позиций сохранения, улучшения и коррекции состояний здоровья индивидуума можно представить в виде решения следующих задач:

- 1) оценка состояния здоровья;
- 2) информационно-совещательное обеспечение осознания психофизиологических проблем состояния здоровья;
- 3) выбор методических воздействий по состоянию здоровья исходя из так называемой поведенческой психологии индивидуума, то есть его психических и поведенческих возможностей в отношении к собственному здоровью;
- 4) формирование индивидуальных поведенческих навыков, то есть автоматизированных действий и умений в отношении собственного здоровья.

Естественно, что различные виды служб здоровья решают его аспекты в виде разной степени их сложности и компетентности.

Исходя из анализа теоретических основ практического решения профилактико-лечебного направления медицины следует считать, что идеалом медицины XXI века в территориально-общественных сообществах должна стать медицина профилактическая (медицина здоровья), а в практической деятельности — профилактико-лечебная. Применительно к подготовке и практической деятельности медицинского работника необходимо: рассмотрение содержания системы знаний о здоровье и функционировании элементов служб здоровья в здравоохранении как основополагающих составляющих в экономике знаний.

#### **Список источников**

1. Лиссабонская Декларация по правам пациента Всемирной медицинской ассоциации. Принята 34-й Всемирной Медицинской ассамблеей: Лиссабон, Португалия, сентябрь

— октябрь 1981 года (с учетом изм. и доп., внесенных 47-й Генеральной Ассамблеей. Бали, Индонезия, сентябрь 1995 г.) [Электронный ресурс]. URL: [http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon\\_declaration.shtml](http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.shtml) (дата обращения: 25.04.2018).

2. Декларация ВОЗ о развитии прав пациента в Европе. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Принято Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 [Электронный ресурс]. URL: [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml) (дата обращения: 25.04.2018).

3. Совет Европы. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 года) [Электронный ресурс]. URL: <http://bioethics.imbr.ru/Principles/Convention.html> (дата обращения: 25.04.2018).

### Информация об авторе

**Клименков Геннадий Владимирович** — кандидат технических наук, ст. научн. сотрудник, Пермский филиал ФГБУН «Институт экономики УрО РАН» (Россия, 614046, г. Пермь, ул. Барамзиной, 42/2, e-mail: [Kgv\\_perm@mail.ru](mailto:Kgv_perm@mail.ru)).

*Klimenkov G. V.*

### Approaches to Health and Disease Community-Community Health System

*The article provides an explanation of the therapeutic and prophylactic and therapeutic areas of medicine, characteristics of health factors and risk factors for health from the standpoint of the options of the state of man and the environment, the objectives of the three levels of prevention of health conditions and disease, models of the relationship of the medical worker and the individual (sick and healthy), reveals the matrix of "health services".*

*The Union of the directions of medicine in the form of components of system of economy of knowledge is given, through their realization through forms of interrelations "individual-doctor", "doctor-patient" and organizational forms of health care. Changes in the functional state of the individual characteristics determined by genetic determinism, manifests itself differently in different age periods at different stages of life, which can become a factor of health or health risk. From the standpoint of the practical activities of the medical worker in relation to the individual, it is necessary to establish priorities of the aggregate concrete variants of the relationship between the environment and its functional state. Consideration of options these relationships should be made from the standpoint of favorable and adverse, given their activities, corrigiruet or newstroymaster. The content and principles of health services.*

*It is natural that behavioral reactions play a leading role in maintaining stable homeostasis, which depends on the level of self-regulation and is realized in the adaptability of the functional state. The latter is a key factor in the formation, preservation, improvement, correction of health conditions and rehabilitation of the disease.*

*Economic aspects of health care within the territorial and social communities are directly related to the consideration of health and disease from the standpoint of the integration of the areas of medicine and the economy of knowledge. The ideal medicine of the XXI century in the territorial and social communities should be preventive medicine (health medicine), and in practice-prevention and treatment. With regard to the training and practical activities of the medical worker, it is necessary to consider the content of the system of knowledge about health and the functioning of the elements of health services in health care as fundamental components in the economy of knowledge.*

**Keywords:** health care, health status, well-being, community community.

### References

1. Lisbon Declaration on patient rights of the world medical Association. Adopted by the 34th world Medical Assembly: Lisbon, Portugal, September-October 1981 (subject to changes and addi-



tions made by the 47th General Assembly). Bali, Indonesia, September 1995) [Electronic resource]. URL: [http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon\\_declaration.shtml](http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.shtml) (circulation date: 25.04.2018).

2. Declaration of the who about the development of patients' rights in Europe. Declaration of policy in ensuring the rights of patients in Europe. Adopted by the European meeting on patient rights, Amsterdam, Netherlands, March 1994 [Electronic resource]. URL: [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml) (circulation date: 25.04.2018).

3. The Council Of Europe. Convention for the protection of human rights and dignity in the context of biology and medicine: Convention on human rights and Biomedicine (ETS N 164) (Oviedo, 4 April 1997) [Electronic resource]. — URL: <http://bioethics.imbp.ru/Principles/Convention.html> (circulation date: 25.04.2018).

#### **Author**

**Klimenkov Gennady Vladimirovich** — candidate of technical Sciences, senior Nauchny employee, Perm branch of Institute of Economics UB RAS (Russia 614046, Perm, Baramzinoy st., 42/2, e-mail: [Kgv\\_perm@mail.ru](mailto:Kgv_perm@mail.ru)).