



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО ДЛЯ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СПРАВЕДЛИВОСТИ
В ОТНОШЕНИИ
ЗДОРОВЬЯ**

Реализация ценностных
установок и целей
политики Здоровье-2020
в Европейском регионе
ВОЗ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро



**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО ДЛЯ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СПРАВЕДЛИВОСТИ
В ОТНОШЕНИИ
ЗДОРОВЬЯ**

Реализация ценностных
установок и целей
политики Здоровье-2020
в Европейском регионе
ВОЗ



АННОТАЦИЯ

Данная публикация основана на результатах Европейского обзора социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья, проведенного по поручению Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках разработки политики Здоровье-2020. Она является одной из публикаций 13 целевых групп ВОЗ, созданных для этой цели. Публикация содержит выводы проделанной работы и она станет для 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ очень важным подспорьем в их общих усилиях по достижению целей политики Здоровье-2020, основанной на принципах социальной справедливости. Она посвящена анализу причин успеха или неудачи стратегий и мероприятий по позитивному воздействию на социальные детерминанты здоровья и устранению несправедливости в отношении здоровья. В ней также обсуждаются наиболее важные характеристики и элементы систем организации деятельности и стратегического управления достижением целей, которые способствуют сокращению неравенств в отношении здоровья. Для повышения эффективности деятельности в этой области предлагается перечень систем и их составляющих, необходимых для повышения справедливости в отношении здоровья на основе общегосударственного подхода. Этот перечень предназначен для дальнейшего обсуждения, а также для использования в качестве основы для поддержки укрепления в странах национальной системы стратегического руководства для обеспечения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты.

Ключевые слова

Health Management and Planning, Health policy, Health services accessibility, Health status disparities, Public health, Socioeconomic factors

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978 92 890 5071 5

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Предисловие	vi
Выражение признательности	x
Авторы	xi
Перечень таблиц, рисунков и вставок	xii
Таблицы	xii
Рисунки	xii
Вставки	xiii
Список аббревиатур	xiv
Рабочее резюме	1
1. Неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ	4
1.1. Неравенства в отношении здоровья в Европе	4
2. Тенденции в теории и практике стратегического руководства	9
2.1. Сокращение неравенств в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты: важная роль стратегического руководства	9
2.2. Причины, указывающие на необходимость воздействия на социальные детерминанты с целью сокращения неравенств в отношении здоровья	15
2.2.1. Снижение предотвратимой заболеваемости и смертности является вопросом равенства и социальной справедливости	15
2.2.2. Здоровье является правом человека	16
2.2.3. Здоровье – это общественное благо	18
2.2.4. Потеря здоровья и увеличение несправедливости в отношении здоровья приводят к социальным конфликтам и подрывают сплоченность сообщества	19
2.2.5. Здоровье населения является экономическим активом и продуктивным благом	20






2.3. Краткое изложение основных вопросов, касающихся стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья	22
2.4. Краткое описание основных принципов эффективного стратегического руководства для достижения справедливости в отношении здоровья	24
3. Прогресс и предпринимаемые усилия в Европе	31
3.1. Комплексная политика, способная воздействовать на социальные детерминанты	31
3.2. Инструменты, стимулирующие сотрудничество между заинтересованными сторонами и обеспечивающие подотчетность лиц, принимающих решения	32
3.2.1. Горизонтальная и вертикальная интеграция действий	35
3.3. Активное участие и вовлеченность местных сообществ	36
4. Почему системы стратегического руководства и достижения целей оказываются неэффективными?	39
4.1. Концептуальная неэффективность	40
4.2. Неэффективность системы достижения целей	45
4.2.1. Опора на маломасштабные и пилотные проекты	45
4.2.2. Отсутствие надлежащих стимулов и механизмов для действий, охватывающих различные сектора и детерминанты	46
4.2.3. Нехватка инвестиций на цели непрерывной оценки тенденций, относящихся к неравенствам в отношении здоровья и к социальным детерминантам	48
4.2.4. Пробелы в качестве и видах данных и информационно-аналитических материалов	49
4.3. Неэффективность государственной стратегии в сфере контрольно-надзорной деятельности	52
4.4. Неэффективность системы общественного здравоохранения	53

5. Перечень систем, необходимых для достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты	58
5.1. Характеристики систем достижения целей, важные для уменьшения неравенств в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья	64
6. Рекомендации	66
6.1 Поощрять и обеспечивать общую ответственность всех уровней государственного аппарата за результаты работы по достижению справедливости в отношении здоровья	66
6.1.1. Обеспечение оптимального сочетания и согласованности механизмов, которые создают необходимые условия и стимулирующие факторы для сотрудничества с целью сокращения социальных неравенств как (I) между различными секторами, так и (II) между местными, региональными и национальными государственными органами	66
6.2. Механизмы обеспечения подотчетности и возможности для повышения справедливости	68
6.3. Социальная справедливость и справедливость в отношении здоровья как индикаторы справедливого и устойчивого общества	70
6.4. Вовлечение местных жителей и местных сообществ позволяет улучшить дизайн и воздействие стратегий и инвестиционных моделей, направленных на улучшение здоровья населения и уменьшение социального неравенства	71
6.5. Обмен информацией в рамках всей Европы	73
7. Используемые источники информации	74
8. Библиография	78
Приложение	80
Глоссарий основных терминов и определений	80





Предисловие

 Позитивное воздействие на социальные детерминанты здоровья и устранение несправедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ – это важнейшие элементы политики Здоровье-2020, которая является новой европейской политикой в области здравоохранения.

Настоящая публикация является одним из докладов 13 целевых групп ВОЗ, работа которых послужила основой для Европейского обзора социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья, который был проведен по поручению Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках разработки политики Здоровье-2020. Публикация содержит выводы проделанной работы и она станет для 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ очень важным подспорьем в их общих усилиях по достижению целей политики Здоровье-2020, основанной на принципах социальной справедливости.

Выводы этого доклада служат еще одним подтверждением правильности возросшего в последнее время понимания того, что справедливость в отношении здоровья является общей ответственностью и что для ее обеспечения необходимо участие всех государственных звеньев и всех слоев общества. Европейский обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья выявил отчетливый градиент здоровья различных слоев населения в Европейском регионе, что характерно практически для каждого государства-члена. Проблема неравенств в отношении здоровья может усиливаться на протяжении всей жизни и она часто передается из поколения в поколение, что приводит к устойчивой нехватке потенциала здоровья и развития у семей и целых сообществ.

Авторы еще раз напоминают нам о том, что эти неравенства и связанные с ними социальные и экономические проблемы и издержки препятствуют достижению таких целей, как солидарность и социальная сплоченность, являющиеся основополагающими ценностями политики Здоровье-2020.

Публикация содержит описание примеров практического опыта, успешных подходов и извлеченных уроков о том, как на основе общегосударственного подхода можно добиться прогресса в укреплении здоровья населения и снижении неравенств в отношении здоровья. Она также содержит описание множества убедительных доказательств того, что согласованные позитивные воздействия на все социальные детерминанты могут

создать преимущества не только для сектора здравоохранения, но и для многих других секторов, что способствует углублению понимания того, что справедливость в отношении здоровья является одним из общественных благ.

Однако устойчивый прогресс в области укрепления здоровья населения не может быть достигнут только за счет усилий какого-либо одного звена государственного управления или разрозненных программ здравоохранения. На данный момент самая большая задача в области справедливого улучшения здоровья населения и обеспечения высокого уровня общественного здоровья как одного из важнейших ресурсов для общего развития заключается в устранении тех управленческих и/или системных проблем, которые описаны в данном докладе, включая проблемы, обусловленные общими недостатками европейских стратегий по уменьшению неравенств в отношении здоровья и тех систем управления, которые поддерживают реализацию политики и обеспечивают подотчетность. Анализ этих вопросов в очередной раз показывает тот уровень политической приверженности, профессиональных знаний и участия гражданского общества, который должен быть обеспечен на устойчивой основе, чтобы повысить эффективность деятельности в области здравоохранения и сократить неравенства в отношении здоровья.

Для решения вышеуказанной задачи требуется оптимальное сочетание инструментов для стимулирования сотрудничества между многими партнерами и секторами и скоординированных подходов к мобилизации ресурсов, необходимых для проведения исследований, посвященных социальным детерминантам здоровья и справедливости в отношении здоровья, а также для работы в этой области и мониторинга ее результатов.

В рамках политики Здоровье-2020, эти вопросы решаются путем пропаганды энергичных мер по стратегическому руководству в интересах здоровья как одного из важнейших условий реализации новой концепции, и я рада видеть, что настоящий доклад также базируется на этой концепции. Ценными элементами доклада являются описание и пропаганда нового ноу-хау и инструментария для укрепления наших систем с целью более эффективного управления деятельностью по обеспечению справедливости в отношении здоровья.

У нас уже есть хорошие аналитические эпидемиологические методы для измерения проблемы неравенств в отношении здоровья, обусловленных социальными факторами.





У нас уже есть хорошие инструменты, чтобы описать проблему неравенств в отношении здоровья и их социальные причины. Теперь мы испытываем настоятельную потребность в соответствующем ноу-хау для разработки и реализации **путей решения** этой проблемы.

В частности, я имею в виду ноу-хау, необходимое для:

- эффективной и действенной интеграции усилий по обеспечению социальной справедливости в отношении здоровья в более широкие стратегии развития страны;
- усиления такой интеграции через структурные механизмы, такие как программы финансирования и инвестирования, меры по обеспечению подотчетности и нормативно-правовые акты;
- практической реализации общегосударственного подхода и принципа участия всего общества – на национальном и субнациональном уровнях – в целях обеспечения согласованности и подотчетности в работе по постановке и достижению общих целей справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, программах и системах охраны здоровья населения.

Работа, начатая по заполнению этого пробела в знаниях, результаты которой нашли отражение в данном докладе, произвела на меня очень хорошее впечатление!

Идеи, на которых основаны принципы эффективного руководства по воздействию на социальные детерминанты здоровья, нельзя назвать совершенно новыми, но, как было отмечено в докладе, лишь немногие страны Европы применяют эти принципы в процессе принятия решений на систематической основе. Для того, чтобы исправить эту ситуацию, потребуются новые навыки, партнерские взаимоотношения и инструменты как в странах, так и на всех уровнях ВОЗ – и в масштабах Европы, и в масштабах всего мира.

Принципы и ценности, которые характеризуют политику Здоровье-2020, ставят перед нами большие задачи и открывают большие возможности в плане их применения на практике в сложных условиях современного общества. Европейские общества неизменно рассматривают свои приоритеты с точки зрения экономической и финансовой устойчивости, социальной сплоченности и развития человеческого потенциала. Мы должны активно позиционировать наши планы развития здравоохранения, чтобы показать, что такие

приоритеты могут быть достигнуты путем укрепления и защиты здоровья населения на основе принципов социальной справедливости.


Этот документ будет очень полезным в наших дальнейших усилиях по достижению этих благородных целей!

Zsuzsanna Jakab

Региональный директор



Выражение признательности

 Авторы хотели бы выразить благодарность за ценный вклад в настоящий доклад, сделанный соавторами подготавливаемой в Европейском региональном бюро ВОЗ публикации “Resource guide on governance for social determinants of health and health inequities” [Справочник по стратегическому руководству деятельностью в области социальных детерминант здоровья и неравенств в отношении здоровья] и особенно следующим лицам: Jane Jenson (Монреальский университет), Рене Loewenson (Центр поддержки научных исследований и учебной подготовки, Зимбабве), Linda Marks (Дурхамский университет) и Helen Roberts (Институт детского здоровья, Университетский колледж Лондона).

Авторы также выражают благодарность за ценные отзывы, полученные от внешних рецензентов: профессор Margaret Whitehead (сотрудничающий центр ВОЗ по изучению политики по социальным детерминантам здоровья, Университет Ливерпуля), д-р Johanna Hanefeld (Лондонская школа гигиены и тропической медицины) и группа специалистов по вопросам стратегического руководства в Европейском региональном бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ), особенно д-р Hans Kluge и д-р Juan Eduardo Tello.

Авторы также хотели бы отметить вклад руководителей страновых офисов ЕРБ ВОЗ в Кыргызстане (г-н Oskonbek Moldokulov), Польше (д-р Paulina Marianna Miskiewicz), Словакии (д-р Darina Sedlakova) и Словении (д-р Marijan Ivanusa) за валидацию используемых в докладе примеров из практики и выразить благодарность Tone Poulsson Torgersen (Норвежский директорат здравоохранения, Осло) и David Pattison (Управление здравоохранения в Шотландии, Эдинбург) за рассмотрение иллюстративных примеров, относящихся к Норвегии и Шотландии.

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие выражает благодарность Министерству здравоохранения Англии (Соединенное Королевство) за финансовую помощь, которую оно оказало в связи с подготовкой настоящего доклада.

Особая признательность выражается Gordon Sugden за его техническую и моральную поддержку при написании доклада.



Chris Brown, руководитель программы, Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ

Dominic Harrison, Объединенный директор общественного здравоохранения, NHS Blackburn with Darwen, Соединенное Королевство

Erio Ziglio, Руководитель, Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ

Harry Burns, главный государственный врач Шотландии, Шотландское правительство, Эдинбург, Шотландия, Соединенное Королевство



Авторы

Перечень таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

Таблица 4.1. Причины неэффективности стратегического руководства для повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты	40
Таблица 4.2. Новые сферы деятельности институтов гражданского общества, занимающихся вопросами охраны здоровья населения	56
Таблица 5.1. Необходимые шаги для успешного осуществления межотраслевых действий	58
Таблица 5.2. Функции и характеристики стратегического руководства, важные для достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты	59
Таблица 5.3. Основные характеристики системы достижения целей.	64


Рисунки

Рис. 1.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах) в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний год, по которому имеются данные	4
Рис. 1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах) в разбивке по полу в странах Европейского региона ВОЗ, 2010 г. или последний год, по которому имеются данные	6
Рис. 1.3 . Распределение потерянных лет жизни по причинам в странах-членах сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (2011 г.)	8
Рис. 4.1. Различия во взглядах стран Европейского региона ВОЗ на основные причинные факторы неравенств в отношении здоровья	42
Рис. 4.2. Концептуальная основа, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья	43

Вставки


Вставка 2.1. Стратегическое руководство в интересах здоровья	23
Вставка 2.2. Повышение уровня социальной интеграции с помощью общегосударственного подхода: пример из Польши	28
Вставка 2.3. Сокращение социальных неравенств с помощью общегосударственного подхода с участием всего общества: пример из Шотландии	29
Вставка 3.1. Дети маркируют опасные места и виды деятельности в Коркер-Хилл (Corker Hill), Шотландия	38
Вставка 4.1. Принципы надлежащего стратегического руководства	46
Вставка 4.2. Эффективные механизмы достижения целей	51





Список аббревиатур

COSLA	Конвенция шотландских местных органов власти
NAO	Национальное аудиторское управление Соединенного Королевства
ВВП	валовой внутренний продукт
ЕС	Европейский союз
МВФ	Международный валютный фонд
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
НИЗ	неинфекционные заболевания
НОЗ	несправедливость в отношении здоровья
НПО	неправительственная организация
ОСП	общесекторальный подход
ОТЗ	оценка технологий здравоохранения
ПРООН	Программа развития ООН
ПСИ	Проект сельских инвестиций
СНГ	Содружество Независимых Государств
УВКБ	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев

 Большинство стран по всему Европейскому региону ВОЗ заявляют о том, что улучшение здоровья населения является одной из основных целей как национальных, так и местных стратегий и планов. Аналогичным образом справедливость рассматривается как одна из основных ценностей в конституциях многих стран, а также в программах и стратегиях развития на национальном и европейском уровнях. В деле улучшения здоровья населения как в отдельных странах, так и на международном уровне достигнут значительный прогресс, что, в частности, нашло отражение в увеличении средней продолжительности жизни мужчин и женщин и в снижении младенческой смертности. Тем не менее, эти улучшения скрывают реальную картину состояния здоровья населения в Европе, которая характеризуется значительными и устойчивыми неравенствами по таким показателям, как предотвратимые риски для здоровья и преждевременная смерть, внутри всех стран, наряду с различиями в показателях здоровья между странами Региона. Это утверждение также относится и к сопоставимым странам.

Причиной неравенств в отношении здоровья являются неравенства в материальных условиях и недостатки социальных и политических структур внутри обществ, которые в целом можно обозначить термином “социальные детерминанты здоровья”. Следовательно, для устранения неравенств в отношении здоровья нужны совместные действия многочисленных заинтересованных сторон, а также стратегии и программы, способные оказать необходимое влияние на разнообразные и зачастую сложные процессы принятия решений в рамках этих структур.

Чтобы лучше понять причины, почему благие намерения не привели к улучшению здоровья всего населения, надо проанализировать соответствующие политические решения, а также методы, используемые при их принятии, реализации и контроле выполнения. Иными словами, необходимо исследовать, насколько эффективным является стратегическое руководство для достижения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Вышеуказанные положения являются центральной темой данного доклада. Несмотря на акцент на системах стратегического руководства и на развитии потенциала в странах, в докладе также отмечается, что вопросы несправедливости в отношении здоровья и соответствующих управленческих мер все чаще подпадают под влияние органов, процессов и программ, выходящих за пределы национальных границ – как в Европейском регионе ВОЗ, так и на глобальном уровне.





Термин “стратегическое руководство”, как правило, используется для описания комплекса институциональных структур, правил и норм, с помощью которых разрабатываются и реализуются соответствующие стратегии и программы и обеспечивается необходимая подотчетность. Тем не менее, в настоящем докладе это понятие рассматривается шире, чем просто набор правил или бюрократических механизмов. Как отмечается в публикации Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры “Преодоление неравенства: важная роль управления” (2009 г.) (1), понятие стратегического руководства не относится только к набору абстрактных институциональных процессов или формальных правил. Оно также относится к характеру властных отношений в обществе. На самом базовом уровне, системы стратегического руководства определяют, кто принимает решение о характере политики и стратегий, распределении ресурсов в рамках общества и механизмах обеспечения подотчетности государственных органов.

Управленческие подходы к сокращению неравенств в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты, следовательно, имеют общую цель повышения согласованности действий различных секторов и заинтересованных сторон таким образом, чтобы увеличить приток ресурсов, предназначенных для (а) исправления нынешней ситуации с несправедливостью в отношении здоровья и снижения ее масштабов, и (б) улучшения распределения среди населения факторов, определяющих как возможность сохранения здоровья, так и степень риска и последствий болезней, включая преждевременную смерть. Это указывает на необходимость управленческих механизмов, способных обеспечить подотчетность и деятельность по улучшению общественного здоровья сектора здравоохранения, других секторов, государственных и частных субъектов и отдельных граждан, работающих совместно и на основе равного сотрудничества.

При подготовке настоящего документа были использованы идеи и концепции, изложенные в докладе “*Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*” (2). Он может послужить полезным инструментом при реализации Европейской политики Здоровье-2020, направленной на поддержку действий всего государства и общества по обеспечению здоровья и благополучия населения. В первую очередь он опирается на информацию, полученную благодаря интервью с ключевыми информантами и быстрому

анализу официальных отчетов заседаний и опубликованных работ, посвященных изучению различных аспектов практики стратегического руководства с целью улучшения социальных детерминант здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья. При подготовке доклада была использована методология сбора и анализа информации путем проведения соответствующих опросов.

В докладе не ставится задача описать идеальную или “наилучшую” управленческую структуру, которую страны должны принять и использовать. Вместо этого в докладе сформулирован – на основе научной литературы и результатов операционного исследования – комплекс общих функций, которые должны быть внедрены в механизмы стратегического руководства в рамках страны в целях повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья. Поэтому рекомендации, содержащиеся в настоящем докладе имеют общий характер. Этот подход является вполне сознательным. Он отражает необходимость дальнейших обсуждений и усилий в этой области, чтобы адаптировать рекомендации к различным условиям и уровням выработки стратегий в странах Европейского региона ВОЗ, которые значительно различаются в плане культуры, традиций и особенностей развития.

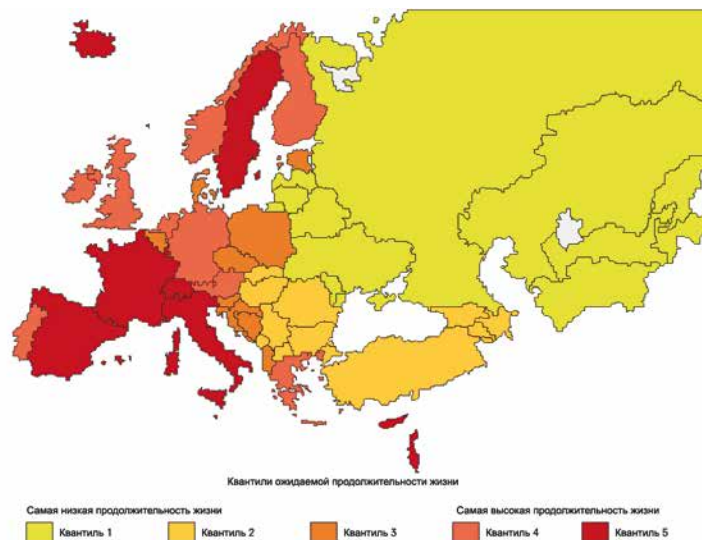


1. Неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ

1.1. Неравенства в отношении здоровья в Европе

Хотя общее состояние здоровья населения и улучшилось, в Европейском регионе ВОЗ существуют значительные различия в состоянии здоровья, в частности разрыв в продолжительности жизни между странами составляет около 16 лет (см. рис. 1.1), а с учетом гендерных и других неравенств внутри стран эти различия являются еще более выраженными.

Рис. 1.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах) в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний год, по которому имеются данные



Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (3).

Поэтому неравенства в состоянии здоровья являются одним из основных приоритетов общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Недавно проведенный обзор показателей здоровья в странах Региона выявил значительные различия в состоянии здоровья и продолжительности жизни их жителей. В частности, разница между странами с

самыми высокими и самыми низкими показателями младенческой смертности составляет 25 раз, а разница между странами с самыми высокими и самыми низкими показателями материнской смертности составляет 30-40 раз.

В целом, продолжительность жизни мужчин ниже, чем у женщин, в то время как женщины живут большее число лет с более плохим состоянием здоровья. Как показано в рис. 1.2 между мужчинами и женщинами существуют значительные различия в продолжительности жизни, составляющие соответственно 20 и 12 лет. Средняя продолжительность жизни среди мужчин была примерно на 4-7 лет ниже, чем среди женщин в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, но на 12 лет ниже, чем среди женщин в Беларуси, Литве, Российской Федерации и Украине, и на 13 лет ниже в Латвии. Напротив, в Таджикистане продолжительность жизни среди женщин была только на один год больше, чем среди мужчин.

В то же время существуют выраженные различия в продолжительности жизни мужчин и женщин между субрегионами Европы. Согласно последней информации из Европейской базы данных “Здоровье для всех”, поддерживаемой Европейским региональным бюро ВОЗ, в период с 1980 по 2008 год разрыв в продолжительности жизни в странах Центральной и Восточной Европы по сравнению со странами Северной и Западной Европы вырос с 3,7 до 5,4 лет для женщин и с 4,3 до 7,3 лет для мужчин. Различия в этих показателях существуют даже между более сопоставимыми странами (см. рис. 1.3).

Значительные различия в показателях здоровья также существуют внутри стран и они коренятся в различиях по социальному статусу, уровню доходов, этнической принадлежности, полу, образовательному уровню и степени утраты трудоспособности. Например, продолжительность жизни цыган в Восточной Европе примерно на 10-15 лет меньше, чем населения в целом. Во всех странах Европейского региона ВОЗ люди с более низким уровнем образования или вообще не получившие образования имеют более низкий уровень здоровья в течение жизни и умирают раньше, чем люди со средним и высшим образованием.

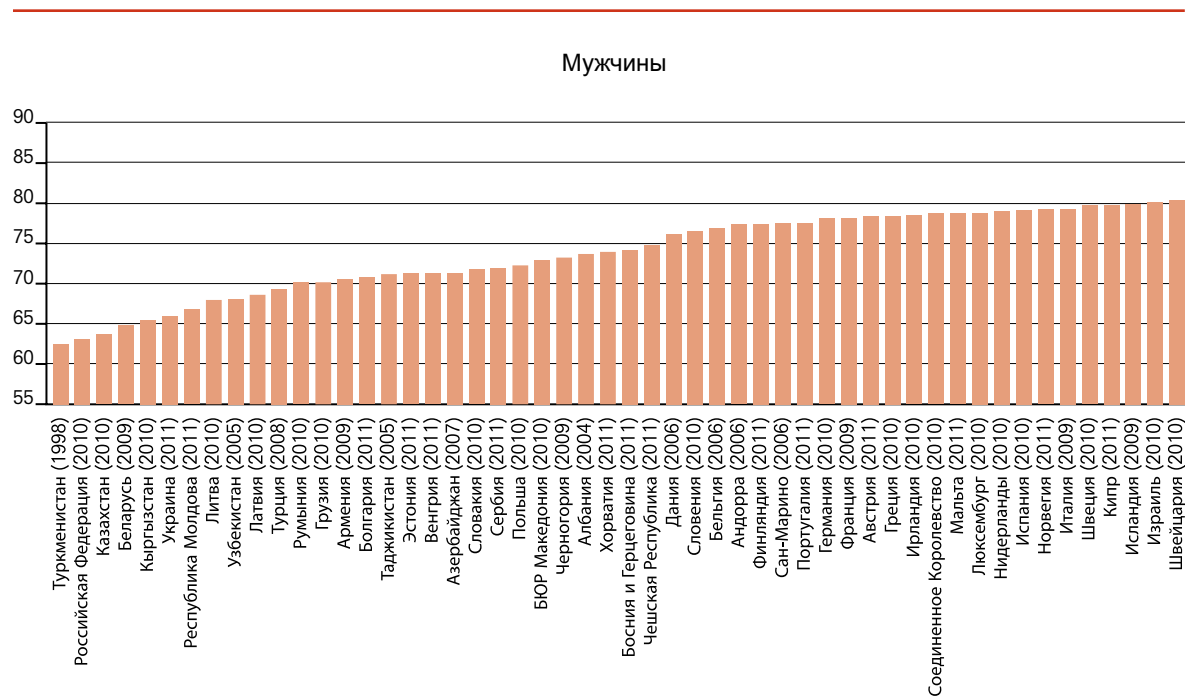
Самые бедные и уязвимые слои общества подвержены наибольшему риску неинфекционных заболеваний (НИЗ) во всех европейских странах. Социальные и экономические различия в состоянии здоровья и в подверженности риску болезни наблюдаются и в странах с более высоким общим уровнем бедности среди населения.





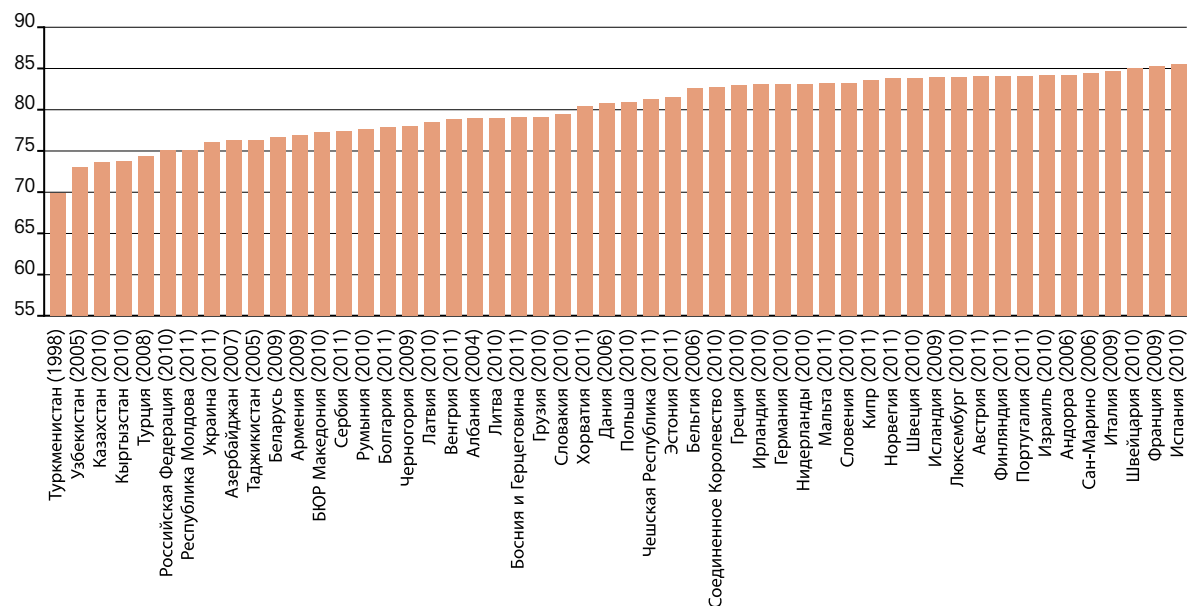
Например, недавний обзор неравенств в отношении НИЗ в странах с низким и средним уровнем доходов с использованием данных Всемирного обследования состояния здоровья по 41 стране (2002-2004 гг.), включая пять стран Центральной Азии и Кавказа, показал неравномерное распределение НИЗ по социально-экономическим группам – с повышением показателей стенокардии, артрита, астмы, депрессии и сопутствующих заболеваний по мере увеличения бедности и снижения уровня образования (6).

Рис. 1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах) в разбивке по полу в странах Европейского региона ВОЗ, 2010 г. или последний год, по которому имеются данные



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

Женщины



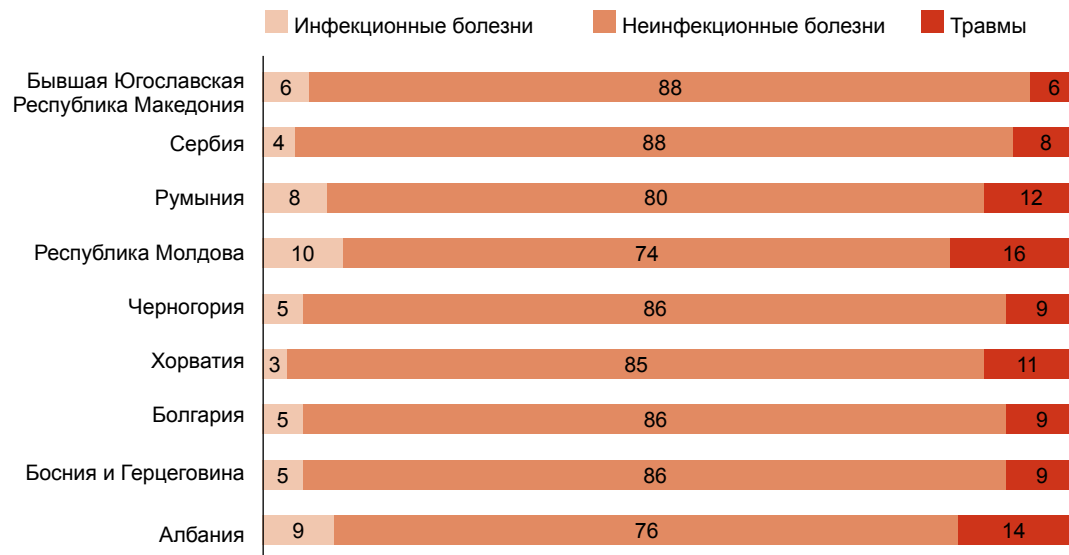
Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

Эти данные показывают, что во всех странах Европейского региона ВОЗ, независимо от их уровня развития, возможность быть здоровым и различия в показателях заболеваемости и смертности являются не результатом генетических или биологических факторов, а связаны с социальными, экономическими и политическими условиями и поэтому они в значительной степени не являются неизбежными. Самое главное заключается в том, что эти различия могут быть устранены или уменьшены. Укрепление систем стратегического руководства и достижения целей будет решающим фактором успеха для снижения



предотвратимых различий в состоянии здоровья внутри стран и между странами Европейского региона ВОЗ с целью создания справедливого и устойчивого общества.

Рис. 1.3 . Распределение потерянных лет жизни по причинам в странах-членах сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (2011 г.)



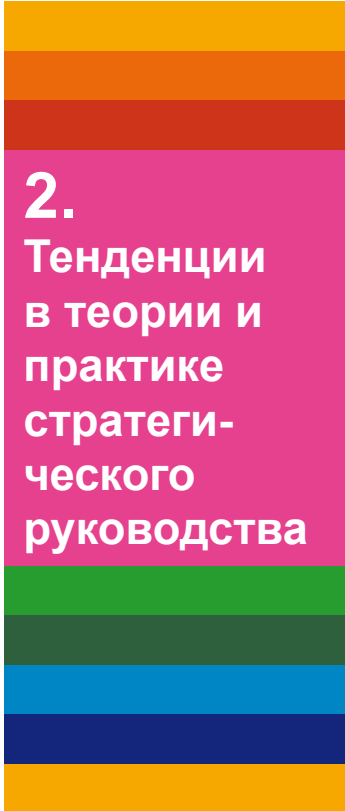
Источник: ВОЗ (5).

2.1. Сокращение неравенств в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты: важная роль стратегического руководства

На глобальном и страновом уровнях влияние широкого спектра социальных, технологических, политических и культурных факторов усложняет задачу эффективного стратегического руководства, в частности, из-за того, что системы и механизмы управления становятся все более разветвленными и широкими.

На глобальном уровне наблюдается тенденция к тому, что правительства многих стран снижают степень государственного контроля и суверенитета путем вступления в международные торговые соглашения, многонациональные компании и широкие законодательные структуры, созданные на основе (квази-)политических и законодательных союзов, таких как Европейский союз (ЕС). Это подчеркивает тот факт, что характер и степень национальной приверженности политике достижения справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья все чаще формируются под влиянием ряда факторов и ведомств, находящихся за пределами местных и национальных границ. К ним относятся внешние структуры, которые влияют на приоритеты и приверженность национальной политики, такие, например, как учреждения Организации Объединенных Наций, ЕС, банки развития, а также односторонние и многосторонние доноры и фонды, включая Фонд открытого общества и международный фонд Ашока.

Некоторые из этих воздействий могут быть положительными для поддержания повестки справедливости в отношении здоровья и повышения понимания или поддержки действий в отношении социальных детерминант здоровья и их распределения в рамках общества. Будучи дополнительным стимулом к усилению приверженности они могут повысить политическую значимость этого вопроса в процессе принятия решений на национальном и местном уровнях. Одним из примеров такого воздействия является использование открытого метода координации со стороны ЕС в вопросах интеграции цыган, а также в вопросах социальной защиты и социальной интеграции. Также важным является использование общих рамок развития и такого механизма, как интегрированный общесекторальный подход (ОСП), который предусматривает использование принципа справедливости при мониторинге помощи в целях развития для стимулирования



2. Тенденции в теории и практике стратегического руководства



согласованных действий между различными партнерами, звеньями и учреждениями в рамках стратегии сокращения масштабов нищеты.

Многие влияния со стороны сил, находящихся за пределами национальных границ, также могут иметь непредвиденные негативные последствия с точки зрения социальных детерминант здоровья. Например, в некоторых технических документах¹ подчеркивается, что критерии займов Международного валютного фонда (МВФ), когда они применяются в странах с низким уровнем доходов и странах с переходной экономикой, оказывают отрицательное воздействие на возможности этих стран в плане стимулирования инвестиций в общественные блага (например, в сфере занятости и социальной защиты) по сравнению с более богатыми странами как в Европе, так и в других частях мира.

Эти тенденции и примеры подчеркивают возрастающую связь между национальными и зарубежными процессами принятия решений и их влияние на социальные детерминанты. В докладе “Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ (2), Kickbusch с соавторами подчеркивают, что процесс принятия решений и последствия этих решений приобретают все более взаимосвязанный и сложный характер, а также указывают в каких именно областях необходимо выработать совместные пути решения актуальных проблем. Это имеет очень большое значение для стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья, так как многие факторы, которые определяют характер и степень неравенств в отношении здоровья в стране – включая условия и тип занятости, жилищные условия, состояние окружающей среды, уровень доходов, безопасность, образование и ресурсы местных общин – лежат вне сферы прямого контроля министерств здравоохранения. Усилия министерств здравоохранения и других секторов, как государственных, так и частных, и других заинтересованных сторон, которые формируют процессы принятия решений и результаты их реализации, могут оказать положительное влияние на характер распределения этих факторов в данном обществе. Таким образом, для достижения справедливости в отношении здоровья нужны действия многочисленных заинтересованных сторон, характер которых зависит от решений, принятых на различных уровнях государственной власти и корпоративной и общественной жизни.

¹ Неопубликованный справочный документ, подготовленный для обзора социальных детерминант здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.). См. также раздел “Библиография”.

Все чаще в широкой литературе и практических методиках, относящихся к стратегическому руководству в интересах справедливого распределения благ (особенно в области здравоохранения) подчеркивается необходимость более активного участия местного населения и общин в определении проблем и в процессах выработки и реализации решений. Есть две основные причины, почему вышеуказанное является важным аспектом стратегического руководства для достижения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Во-первых, в странах с переходной экономикой (и в меньшей степени в других странах) по мере того, как в систему государственных учреждений здравоохранения внедряются либеральные рыночные отношения наблюдается увеличение сектора оказания частной медицинской помощи, часто характеризуемой неадекватным регулированием деятельности поставщиков медицинских услуг. Если в этих условиях возможности и механизмы для регулирования и управления рынком медицинских услуг, включая механизмы обеспечения исполнения законов и регламентов являются слабыми, поставщики медицинской помощи могут уделять основное внимание не потребностям пациентов, а их платежеспособности. Общие последствия такого развития событий включают рост цен на основные лечебно-профилактические услуги и формирование ситуации, когда наличие и доступность услуг становятся зависимыми от критериев, ориентированных на достижение прибыли (7). От этого страдает все общество, но более катастрофические последствия испытывают малоимущие, которые откладывают обращение за медицинской помощью и затрачивают пропорционально большую часть дохода своей семьи на лечение и медицинский уход. Исследования показывают, что эти последствия для здоровья оказывают негативный эффект не только непосредственно на пострадавших людей и на общую эффективность работы сектора здравоохранения, но и имеют прямые и косвенные негативные последствия для стратегий сокращения масштабов нищеты, что обусловлено снижением развития человеческого потенциала. Таким образом, связанные с этим затраты также ложатся на министерства развития, правительства и сообщества международных доноров. На основании вышесказанного можно заключить, что ответственность за любые воздействия на уровень справедливости в отношении здоровья разделяют все заинтересованные стороны в обществе (7—9).²

² Дополнительным информационным ресурсом также будет справочник по стратегическому руководству деятельностью в области социальных детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья, подготовкой которого в настоящее время занимается офис Европейского регионального бюро ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие.





В западной, центральной и восточной частях Европы имеется несколько примеров, когда в рамках реформы здравоохранения ранее государственную систему медицинского обслуживания дерегулировали, частично или полностью либерализовав и приватизовав все виды медицинских услуг. Потребление медицинских услуг как “потребительского товара” – с дифференциальным доступом, зависящим от платежеспособности человека или семьи – скорее всего приведет к повышению уровня несправедливости в отношении здоровья в рамках Европейского региона. В этих условиях для того, чтобы избежать предотвратимых случаев смерти и увеличения расходов, связанных с этим видом смертности, очень важно создать совместные системы стратегического руководства, предусматривающие участие и граждан, и государственных структур.

Вторая причина целесообразности вовлечения местного населения и заинтересованных сторон в стратегическое руководство с целью повышения справедливости в отношении здоровья проистекает из исследований, оценивающих опыт стран, связанный с осуществлением политики, стратегий и программ по сокращению неравенства. Все это указывает на необходимость уделения большего внимания поиску локальных путей решения трудных проблем неравенства, в том числе неравенства, связанного со здоровьем. Интервью с политиками о подходах к разработке политики в странах Европы показывают, что в настоящее время стратегии и политика зачастую разрабатываются при недостаточном понимании социальных, культурных и экономических реалий жизни малоимущих слоев населения. По этой причине проводимые мероприятия часто не соответствуют реальным условиям жизни людей и оказываются не в состоянии принести планируемую пользу тем, кто наиболее в этом нуждается. В некоторых случаях такие мероприятия непреднамеренно приносят большую пользу отдельным группам граждан, что еще более увеличивает разрыв в состоянии здоровья населения в рамках стран.

По этим двум причинам стратегическое руководство в интересах справедливости должно быть улучшено путем разработки новых или укрепления существующих инструментов и механизмов, которые предназначены для вовлечения потенциальных бенефициаров политики и стратегий в процессы принятия соответствующих решений. В частности, необходимо обеспечить учет дифференциальных потребностей маргинальных групп и групп риска, а также их участие не только в распределении ресурсов, но и процессах разработки, мониторинга и анализа стратегий, служб и мероприятий. При этом

стратегическое руководство для достижения справедливости в отношении здоровья также может внести вклад в поощрение и поддержку действий по повышению социальной интеграции и социальной справедливости в данном сообществе.

С учетом вышеуказанного стратегическое руководство для достижения справедливости в отношении здоровья играет важную роль в следующих областях:

- разработка законодательных и нормативных актов, направленных на то, чтобы усилить **совместную ответственность за обеспечение справедливости** всех соответствующих секторов и лиц, принимающих решения, как внутри, так и вне государственного аппарата;
- использование механизмов, которые активно способствуют **вовлечению местного населения** и заинтересованных сторон в определении проблем и разработку путей их решения;
- обеспечение **регулярного проведения совместных оценок прогресса**, что способствует общему пониманию и поддерживает стремление всех сторон к достижению общих целей с течением времени;
- использование **различных видов фактических данных** для обеспечения того, чтобы стратегии были направлены на изучение причинно-следственных связей и устранение основных причин несправедливости в отношении здоровья, а также были способны адаптироваться с течением времени к новым условиям и задачам.

Kickbusch et al. (2) описывают эти направления деятельности как часть характеристик разумного стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке. Основой этой концепции является признание того, что сложные вопросы – например, проблемы, которые не имеют простого решения или решение которых не может быть найдено только путем исследований (включая вопросы, связанные с неравенствами) – требуют разработки и внедрения новых системных управленческих подходов. Это позволит решать вопросы, связанные с взаимозависимостью факторов (детерминанты, заинтересованные стороны, установки и т.д.), которые являются частью причинно-следственной цепи и учет которых необходим для нахождения устойчивых решений.





Все вышеуказанное подчеркивает важное значение стратегического руководства не только с точки зрения предотвращения и смягчения последствий действий, которые, вероятно, приведут к неравенствам в отношении здоровья, но и с точки зрения возможности для позиционирования и поддержания здоровья и справедливости в отношении здоровья в качестве важных активов, которые способствуют реализации других социальных целей и ценностей. Это объясняется тем, что многие из детерминант справедливости и несправедливости в отношении здоровья являются приоритетными вопросами и для многих других секторов, а также для всего государства и общества. Это включает в себя такие приоритетные цели, как социальная интеграция/сплоченность, сокращение бедности, устойчивое развитие, а также устойчивость местных сообществ к неблагоприятным воздействиям, включая социальные, экономические и экологические воздействия. Вышеуказанные приоритеты служат объединяющей платформой для совместных действий в разных секторах, а эти действия – при должном внимании к равноправному распределению полезного эффекта – принесут пользу многим секторам, в том числе в сфере здоровья и справедливости в отношении здоровья.

По этим причинам главными целями стратегического руководства для достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты являются следующие:

- формирование и поддержание **политической поддержки усилий по обеспечению справедливости в отношении здоровья, поскольку она является одним из общественных благ**;
- повышение согласованности действий всех секторов (например, в сфере политики, инвестирования, предоставления услуг и заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных), что способствует увеличению потока ресурсов, направляемых на решение проблемы несправедливости в отношении здоровья;
- обеспечение более равномерного распределения среди населения факторов, определяющих возможности человека быть здоровым.

Это подчеркивает тот факт, что неравенства в отношении здоровья являются лишь одним из последствий социальной несправедливости. Другие проявления несправедливости

включают неравенства в жизненных возможностях, образовании, доходах, жилищных условиях, доступности транспорта, в условиях водоснабжения и санитарии и так далее – каждое из которых является частью причинных путей, которые, как известно, приводят к неравенствам в отношении здоровья. Таким образом, стратегическое руководство в интересах справедливости в отношении здоровья требует долгосрочной приверженности не только ценности здоровья, но и понятию “содействие справедливости во всех стратегиях и программах”. Оно является как средством достижения взаимной выгоды для многих секторов, так и общественным благом, которое приносит пользу всему обществу (10).

Во многих публикациях, посвященных объяснению важности усилий по снижению неравенств путем воздействия на социальные детерминанты, освещается множество веских причин. Быстрый обзор опубликованных и неопубликованных отчетов о работе совещаний и документов, посвященных национальным стратегиям в различных странах Европы также подтверждает обоснованность этих причин. В следующем разделе приведены причины, которые наиболее часто упоминаются или перечисляются в качестве фундаментальных государствами-членами всего Европейского региона ВОЗ.

2.2. Причины, указывающие на необходимость воздействия на социальные детерминанты с целью сокращения неравенств в отношении здоровья

2.2.1. Снижение предотвратимой заболеваемости и смертности является вопросом равенства и социальной справедливости

Несправедливость в отношении здоровья является причиной большой доли преждевременной смертности в рамках Европы. Например, согласно оценкам, потери лет жизни в Англии в результате преждевременной смертности от причин, связанных с неравенствами в отношении здоровья, составляют 2,5 миллиона лет жизни. В Словакии показатели младенческой и взрослой смертности в бедных регионах почти вдвое больше, чем в большинстве развитых регионов этой страны (11). В Нидерландах смертность и заболеваемость среди населения уменьшилась бы на 25-50%, если бы уровни смертности и заболеваемости у мужчин с меньшим образовательным уровнем были бы такими же, как у





мужчин с высшим образованием. В этих и во всех других странах Европейского региона ВОЗ несправедливое распределение показателей здоровья, благополучия и продолжительности жизни означает, что у людей с меньшим количеством социальных и экономических ресурсов снижены жизненные шансы и возможности вести здоровую жизнь.

Степень, в которой такие неравенства могут быть преодолены в обществе или общине, зависит от отношения людей к таким ценностям, как социальная справедливость, права человека и равенство.

2.2.2. Здоровье является правом человека

Право людей на здоровье – это необходимое условие для соблюдения основополагающего принципа прав человека, сводящегося к тому, что достоинство человека должно быть неприкосновенным. Вышеуказанное положение, равно как и влияние других прав человека на здоровье, нашло отражение во многих международных договорах и конвенциях. Примерами таких конвенций являются: Конституция ВОЗ (1946 г.) (12), Всеобщая декларация прав человека (1948 г.) (13), а также Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (14), который является юридически обязательным международным документом.

Почти каждая страна ратифицировала по крайней мере один из международных договоров в области прав человека, включая право на здоровье. В конституциях 115 стран отмечается право людей на здоровье, включая право на доступную и квалифицированную медицинскую помощь. Это право, помимо права на охрану здоровья, также охватывает широкий спектр других факторов, способствующих здоровой жизни. В число этих факторов входят следующие:

- безопасная питьевая вода и надлежащая санитария
- безопасные пищевые продукты
- адекватное питание и жилье
- здоровые условия труда и здоровая окружающая среда

- образование и информация по вопросам, связанным со здоровьем
- гендерная справедливость.

Как следует из определения, выработанного Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека и ВОЗ, право на здоровье охватывает комплекс неотчуждаемых свобод и прав, включая следующие:

- право на доступ к системе охраны здоровья, что обеспечивает всем равные возможности для обладания наивысшим достижимым уровнем здоровья;
- право на профилактику, лечение и контроль заболеваний;
- право на доступ к основным лекарственным средствам;
- право на охрану здоровья матерей и детей и репродуктивного здоровья.

Таким образом, здоровье как право человека – это одновременно юридическое обязательство, и комплекс ценностей, которые используются в основанной на соблюдении прав человека работе по охране здоровья населения на местном, национальном и глобальном уровнях (2). На уровне населения такие факторы, как новые источники информации о состоянии здоровья, расширение транснациональных телекоммуникационных возможностей и изменения в том, где и как люди ищут информацию, вносят свой вклад в процесс демократизации знаний, в том числе знаний о здоровье и детерминантах здоровья. Этот переход к так называемому более открытому обществу привел к усилению потребности в более высоком уровне прозрачности и подотчетности в вопросах, относящихся к принятию решений в рамках государственного аппарата. Это также привело к тому, что механизмы стратегического руководства в интересах охраны здоровья населения на основе справедливости стали более разветвленными и широкими и предусматривают участие гораздо более широкого круга заинтересованных сторон – без вовлечения которых эффективное управление уже невозможно. Целесообразно отметить, что в различных странах и в различных частях отдельных стран процесс демократизации в сфере охраны здоровья и знаний по вопросам здоровья в рамках перехода к модели открытого общества происходит с разной скоростью.

Таким образом, на местном, национальном и европейском уровнях существует постоянная





потребность в инструментах и учреждениях, задача которых заключается в защите и поощрении права на здоровье, в том числе права на знания о процессах принятия решений и на участие в этих процессах. Это включает в себя создание механизмов для: (а) обеспечения того, чтобы различные группы населения могли реализовывать свои права на получение и использование информации, и (б) усиления ответственности соответствующих лиц и структур за принимаемые решения и последствия этих решений. В рамках Европы работа в этом направлении включает легитимизацию и укрепление роли омбудсменов, работающих с УВКПЧ; формальное признание (например, в законодательном порядке) роли независимых агентств, неправительственных организаций (НПО) и групп гражданского общества, а также создание общеевропейских органов, защищающих и продвигающих права человека (таких, например, как Европейское агентство по правам человека, Дом свободы и т.д.).

В дополнение к вышеуказанному следует отметить, что роль государственных органов власти в вопросах стратегического руководства остается решающей, а во многих сферах современной жизни она даже расширяется. Это изменение роли государственных органов можно описать как переход от модели, когда правительство было как бы всем “оркестром”, к модели, когда оно стало выполнять функции дирижера значительно расширившегося оркестра.

Исследования указывают на необходимость сочетания различных управленческих подходов в интересах здоровья и благополучия населения с применением как жестких, так и мягких методов, например, таких, как законы, нормы и правила, с одной стороны, и диалог, консультации и совместные обзоры заинтересованных секторов и сторон, с другой стороны. Комплексное использование таких подходов обеспечивает наибольшую эффективность управления деятельностью, направленной на решение сложных вопросов.

2.2.3. Здоровье – это общественное благо

Здоровье является как общественным благом, так и национальным достоянием. Общественные блага – это блага, к которым имеют доступ все люди. К ним относятся мир и безопасность, законность и правопорядок, бесплатное образование, дорожные знаки и правила дорожного движения и т.д. и их можно охарактеризовать как ресурсные возможности местных сообществ,

которые находятся в общественном достоянии. Если они являются достаточными, то каждый человек может извлечь пользу из этих благ, а если они недостаточны, например, в местах, где законность и правопорядок находятся в упадке и процветает преступность и насилие – от этого страдает общество в целом. Здоровье является одним из ключевых ресурсов отдельных лиц, местных сообществ и народов и оно вносит непосредственный вклад в благополучие общества и косвенный вклад в наращивание других общественных благ, таких, как увеличение социальной сплоченности и развитие человеческого потенциала.

2.2.4. Потеря здоровья и увеличение несправедливости в отношении здоровья приводят к социальным конфликтам и подрывают сплоченность сообщества

Неравенства в отношении здоровья лишают людей равных жизненных шансов в плане продолжительности жизни, доходов, жилищных условий и так далее, что в свою очередь влияет на возможность индивидов и общин обеспечить удовлетворение основных потребностей человека. Конкурентная борьба за ресурсы, которые необходимы для здорового образа жизни (энергия, вода, продовольствие, жилье, занятость и т.д.) все чаще становится причиной конфликтов как внутри стран, так и между ними. Обеспечение справедливого и равного доступа к этим ресурсам имеет важное значение как для поддержания мира, так и для сплоченности общества (15). Это умозаключение отражает значительный объем новых знаний о сложной взаимосвязи между здоровьем и устойчивым развитием человеческого потенциала. Здоровье населения и справедливость в отношении здоровья имеют решающее значение для социальной сплоченности и экономического роста и являются жизненно важным ресурсом для человеческого развития (16).

Эта связь между неравенством, социальной нестабильностью и развитием также подчеркивается в докладе Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) *Towards human resilience: sustaining MDG progress in an age of uncertainty* (17), в котором говорится, что большое неравенство [в доходах] связано с более высокими уровнями преступности, низкой продолжительностью жизни и ростом конфликтов.





2.2.5. Здоровье населения является экономическим активом и продуктивным благом

Высокий уровень здоровья населения является экономическим активом страны. С другой стороны, экономические последствия, связанные с предотвратимыми заболеваниями, оказывают негативное влияние не только на самих заболевших, но и на возможности экономического развития и на производительность на рынке труда. Многие исследования показывают, что нарушения здоровья ассоциируются с низкой экономической производительностью и снижением качества жизни (2). Так, например, в Соединенном Королевстве заболевания ежегодно являются причиной потери 175 миллионов рабочих дней, в связи с чем экономические потери страны в виде потерянной производительности, выплаты пособий и снижения объема налогов составляют 100 млрд фунтов стерлингов (18). Подобные расчеты стоимости экономических потерь из-за снижения производительности труда в результате предотвратимых болезней и наличия групп населения с плохим здоровьем были также произведены для ряда других стран и они были темой нескольких крупных докладов по результатам многострановых исследований (например, Suhrcke, Rosso & McKee (19)), а также предстоящей публикации, которую в настоящее время редактируют McDaid, Сасси & Merkur и которая будет называться *The economic case for public health action [Экономическое обоснование действий по охране здоровья населения]* (20).

В настоящее время также наблюдается рост интереса к здоровью как к продуктивному благу. По всей Европе расходы на здравоохранение стремительно увеличиваются и появляется все больше доказательств низкой эффективности распределения ресурсов в рамках системы медицинского обслуживания.³ Это объясняется тем, что система здравоохранения и социальной защиты все еще во многих случаях направляет основной объем ресурсов на оказание лечебных или неотложных услуг, сопряженных с большими издержками, недооценивая потенциал первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни, за счет которых можно предотвратить до 70% бремени болезней в

³ Эффективность распределения ресурсов – это термин, используемый для описания оптимального распределения товаров и услуг. Он часто контрастирует с понятием технической эффективности, которое характеризует эффективность, с которой данный объем выделенных ресурсов используется для достижения промежуточных результатов [собственное определение автора].

европейских странах. Международная быстрая оценка (проведенная в 2006 г.) социальных расходов, связанных с предотвратимыми болезнями, позволила сделать вывод о том, что улучшение на 10 % эффективности результатов охраны здоровья населения за счет профилактики, образования и социального маркетинга может помочь семьям сэкономить 7 млрд фунтов стерлингов, сократить государственные расходы на 3 млрд фунтов стерлингов, снизить расходы работодателей на 1,5 млрд фунтов стерлингов и обеспечить получение прибыли для общества на сумму более 8 млрд фунтов стерлингов (21). Это исследование, как и многие другие, подчеркивает экономическую ценность здоровья для всего общества как ресурса (и актива) для социального и экономического развития.

Учитывая тот факт, что риски и бремя предотвратимых болезней и сопутствующих неинфекционных заболеваний во всех европейских странах являются наиболее выраженными среди бедных и уязвимых слоев населения, человеческие и социальные потери являются еще более значительными. Это свидетельствует о необходимости принятия мер для снижения бремени болезней среди всего населения – с уделением особого внимания группам людей, находящимся в социальной и экономической изоляции или подверженным такому риску.

Если не принимать соответствующие контрмеры, то предотвратимые расходы на здравоохранение (для правительств, организаций и частных лиц) еще больше возрастут. Результаты расчета затрат, связанных с непринятием мер по уменьшению неравенства в отношении здоровья, уже хорошо документированы. Недавние исследования, посвященные странам ЕС с высоким и средним уровнем доходов, показывают, что ежегодные потери здоровья, связанные с неравенством, в ЕС в целом составляют свыше 700 000 смертей и 33 млн случаев нездоровья. На эти потери приходится 20 % от общего объема расходов на здравоохранение и 15% от общего объема расходов на пособия по социальному обеспечению. Связанные с неравенством потери здоровья снижают производительность труда и уменьшают валовой внутренний продукт (ВВП) на 1,4% в год. Денежная стоимость затрат на поддержание благосостояния населения, связанных с неравенствами в отношении здоровья, оценивается в 980 млрд евро в год или 9,4% от ВВП. Расходы, связанные с несправедливостью в отношении здоровья, не являются проблемой только более богатых стран, так как они наблюдаются и в странах с более низким уровнем доходов и странах с переходной экономикой (18).





2.3. Краткое изложение основных вопросов, касающихся стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья

В предыдущем разделе освещаются проблемы и императивы, связанные с воздействием на социальные детерминанты здоровья с целью уменьшения неравенства в отношении здоровья. В этой связи следует отграничить понятие “стратегическое руководство здравоохранением” от более широкого понятия “стратегическое руководство в интересах здоровья”. Это необходимо в связи с тем, что стратегическое руководство здравоохранением, как правило, относится к действиям, направленным на систему здравоохранения или предпринимаемым самой этой системой, включая политику здравоохранения, распределение ресурсов и принятие решений.

Напротив, стратегическое руководство в интересах здоровья относится к управлению теми последствиями для здоровья населения (как преднамеренными, так и непреднамеренными), которые относятся к политике, распределению ресурсов и принятию решений на всех уровнях государственного аппарата и общества (то есть, как в секторе здравоохранения, так и в других секторах). В настоящем докладе утверждается, что усилия по уменьшению неравенства путем воздействия на социальные детерминанты должны быть неотъемлемым элементом стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья, которое является более широким понятием, чем управление здравоохранением. Согласно выводам, сделанным в результате исследований, это отражает новое понимание концепции здоровья в обществе. Ключевые моменты, касающиеся стратегического руководства в интересах здоровья, изложены во вставке 2.1.

Это новое понимание основополагающих предпосылок здоровья и его значимости, наряду с соответствующими последствиями для стратегического руководства, свидетельствует о наличии общих характеристик более эффективных систем повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Kickbusch с соавторами (2) выделяют следующие характеристики разумного управления:

1. стратегическое руководство через сотрудничество
2. стратегическое руководство через вовлечение граждан
3. стратегическое руководство через сочетание мер регламентирования и убеждения:
4. стратегическое руководство через независимые учреждения и экспертные органы

5. стратегическое руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и научного предвидения.



Вставка 2.1. Стратегическое руководство в интересах здоровья

1. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия – это центральный элемент надлежущего государственного управления. Оно основывается на системе ценностей, в которой здоровье является одним из прав человека, глобальным общественным благом, одной из составляющих благополучия и вопросом социальной справедливости.
2. Расширенное понимание здоровья включает трактовку здоровья как явления, касающегося многих общественных систем и их взаимодействий. Поэтому для охраны здоровья требуется осуществлять действия во многих системах, иногда с участием, а иногда и без участия сектора здравоохранения.
3. Эта реальность отражается в общегосударственном подходе и подходе на основе участия всего общества, которые в свою очередь построены на стратегиях, укрепляющих “объединенное и согласованное” руководство, осуществляемое государственными ведомствами, и улучшающих координацию и интеграцию и способствующих рассредоточению ответственности за охрану здоровья по всей системе государственного управления и по всем уровням общества.
4. Стратегическое руководство в интересах здоровья основывается на опыте межсекторальных действий, на государственной политике, направленной на укрепление здоровья населения, а также на принципе учета интересов здоровья во всех направлениях политики.
5. Для улучшения здоровья и снижения неравенства в отношении здоровья требуются новые системные механизмы управления и реализации решений, отражающие комплексный характер и взаимозависимость воздействий многих факторов, а также необходимость охраны и укрепления здоровья населения на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества.
6. Новые системы стратегического руководства и достижения целей, способные улучшить социальные детерминанты здоровья, должны быть многоуровневыми и многосторонними. Еще одной их особенностью является расширение прав и возможностей местных жителей, что является необходимым условием формирования такой общей социальной ценности, как здоровье.
7. Здоровье все чаще признается в качестве важнейшего социально-экономического актива, реализация которого может повысить эффективность существующих экономических инвестиций, бизнеса, а также общей производительности.
8. Государственные органы власти играют решающую роль в формировании механизмов как стратегического руководства здравоохранением, так и улучшения социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья.



Таким образом “разумное стратегическое руководство” олицетворяет сочетание этих характеристик при реализации стратегий, направленных на решение вопросов охраны здоровья населения на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества.

2.4. Краткое описание основных принципов эффективного стратегического руководства для достижения справедливости в отношении здоровья

Значительная часть следующего раздела настоящего документа заимствована из доклада “Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ” (2). На основании изучения конкретных примеров из практики применения новых подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья Kickbusch предлагает для рассмотрения следующие пять типов разумного стратегического руководства в интересах охраны здоровья, которые должны быть объединены в общегосударственном подходе и подходе на основе участия всего общества:

1. Руководство через сотрудничество является новым императивом. Kickbusch et al. утверждают, что из обширной литературы о руководстве на основе сотрудничества можно извлечь немало полезных уроков, в частности о необходимости всесторонне продумывать моменты, относящиеся к: (а) процессу и схеме сотрудничества; (б) добродетельному кругу коммуникации, доверия, приверженности и понимания; (в) выбору оптимальных инструментов и механизмов из числа имеющихся; и (г) необходимости обеспечения прозрачности и подотчетности.
2. Стратегическое руководство через вовлечение граждан: государственная политика больше не может просто предлагаться в готовом виде. Для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное “производство” этого общественного блага, а также участие и сотрудничество граждан, потребителей и пациентов. По мере того, как механизмы стратегического руководства становятся все более рассредоточенными по всему обществу, работа напрямую с населением может повысить уровень прозрачности и подотчетности. Партнерские отношения с населением

и расширение его прав и возможностей также важны для сохранения системы ценностей. Технологии – особенно смартфоны и социальные медиа – являются дополнительной движущей силой, которая расширяет права и возможности граждан, а также позволяет государственным органам и системам здравоохранения использовать новые методы работы, например, с помощью электронного здравоохранения. При таких новых и сложных отношениях между государством и обществом широкое участие заинтересованных сторон, прозрачность и подотчетность становятся двигателями инноваций.

3. Стратегическое руководство становится более гибким, многоуровневым и адаптивным, и оно предусматривает участие многих заинтересованных сторон. Традиционные иерархические средства руководства все больше и больше дополняются другими механизмами, включая “мягкую власть” и “мягкое право”.⁴ К числу таких механизмов относятся саморегулирование, руководство через убеждение, альянсы, сети и открытые методы координации, а также новая роль граждан в мониторинговой демократии.⁵ Одновременно более распространенными становятся иерархические многоуровневые регламентирующие документы, которые охватывают все уровни (например, многие регламенты Европейского союза) и затрагивают многие аспекты образа жизни и поведения людей, а также процессы повседневной жизнедеятельности.

4. В обществе, основанном на знаниях, для успешного стратегического управления через новые независимые учреждения и экспертные органы требуются соответствующие фактические данные. В исследовании показано, что в этой области, как и в других сферах руководства, все более важную роль играют независимые экспертные органы, такие как федеральные учреждения, комиссии, регулирующие органы и аудиторские организации, которые выполняют функции предоставления фактических данных, контроля за соблюдением этических принципов, повышения подотчетности и укрепления норм демократического руководства в области здравоохранения, например, в таких вопросах, как неприкосновенность личной жизни, оценка риска, контроль качества или оценка медицинских технологий и воздействий на здоровье. Важность этих вопросов

⁴ Говоря в общем, мягкая власть означает осуществление власти через убеждение и вовлечение граждан в сотрудничество, а мягкое право означает осуществление власти путем установления определенных норм и стандартов, соблюдение которых является социально желательным.

⁵ Мониторинговая демократия означает достижение демократии путем мониторинга практики осуществления власти, в частности, за счет обеспечения доступности и прозрачности данных, относящихся к наиболее важным аспектам жизни людей.





увеличивается по мере того, как страны совершают переход к обществу, которое основано на знаниях и которое с большей готовностью воспринимает и реализует инновации. В литературе также говорится о необходимости улучшения используемых систем показателей (т.е. цифр, реально отражающих оцениваемые явления), например, за счет включения в них как объективных, так и субъективных показателей, чтобы выявить все события, происходящие в обществе, что, в свою очередь, требует сбора и анализа как агрегированных, так и дезагрегированных данных.

5. Руководство с помощью адаптивных стратегий, структур, устойчивых к негативным воздействиям, и научного предвидения также является важным фактором, так как у сложных проблем не бывает простых причин или решений. Исследование показало, что общегосударственные подходы к охране здоровья, основанные на участии всего общества, должны быть в состоянии управлять сложными факторами, влияющими на здоровье, и обеспечивать решение актуальных проблем в режиме реального времени или даже с упреждением, то есть они должны быть гибкими и адаптивными, а при их разработке следует учитывать все сложности решаемых задач. Одной из таких сложностей может быть децентрализованный процесс принятия решений, и для ее преодоления необходимо приложить усилия для формирования и развития самоорганизующихся социальных сетей, которые позволят заинтересованным сторонам оперативно и инновационно реагировать на непредвиденные события. Мероприятия должны быть циклическими и при их разработке акцент следует ставить на постоянном обучении и адаптации подходов с учетом новых знаний, которые следует распространять среди всех заинтересованных сторон. Осуществление политики, следовательно, рассматривается как непрерывный процесс пересмотра и корректировки проводимых мероприятий, который должен быть в состоянии выявлять ситуации, когда вмешательства в одной области приводят к непредвиденным последствиям в другой области, а также принимать адекватные меры для устранения таких последствий или для их предотвращения. Все вышеуказанные элементы являются частью понятия, которое в данном исследовании называется “упреждающим стратегическим руководством (управлением)”.

Учитывая долгосрочный характер многих проблем со здоровьем, новые методологии прогнозирования считаются важной частью эффективного стратегического руководства в

интересах здоровья. Это включает в себя использование таких методов, как моделирование возможных будущих сценариев и анализ политики на основе сценариев, которые иногда называют механизмами предвидения. Вышеуказанные методы помогают определить то влияние, которое новые социальные, экономические, политические и культурные тенденции в обществе могут оказать на причинные пути, ведущие к неравенству в отношении здоровья. Их ценность заключается в предоставлении лицам, принимающим решения, возможности быстрее реагировать и адаптироваться к изменениям, которые могут повлиять на достижение стратегических приоритетов. Эти методы могут также повысить социальную устойчивость путем перемещения фокуса политики с проблемы рисков на вопросы решения более фундаментальных системных проблем, а также совместного обсуждения «социальных» (то есть, связанных с ценностями) и «научных» (то есть, связанных с фактическими данными) аспектов государственной политики. Таким образом, они также могут способствовать разработке инновационных подходов к решению сложных проблем охраны здоровья и к поддержанию намеченного стратегического курса в течение достаточно долгого времени.

В Европейском регионе ВОЗ отмечается повышение интереса к мерам, направленным на разработку и внедрение общегосударственного подхода к охране здоровья с участием всего общества, который воплощает некоторые или многие из вышеупомянутых характеристик эффективного стратегического руководства. Вставки 2.2 и 2.3 содержат примеры, иллюстрирующие это явление на практике.

В более широком смысле такие же характеристики проявляются и при достижении других стратегических целей, таких как сокращение бедности и обеспечение устойчивого развития. По всей Европе, некоторые или все из пяти характеристик разумного стратегического руководства в интересах здоровья являются частью стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья и в интересах проведения государственной политики, которая имеет значительное влияние на социальные детерминанты и справедливость в отношении здоровья.





Вставка 2.2. Повышение уровня социальной интеграции с помощью общегосударственного подхода: пример из Польши

Стратегия социальной интеграции, проводимая под руководством Министерства труда и социальной политики Польши, которое отчитывалось непосредственно перед офисом премьер-министра, представляла собой совместный процесс разработки политики на всех уровнях государственного аппарата, в котором приняли участие НПО, общественные организации и многие заинтересованные стороны и организации на региональном и муниципальном уровнях. Процесс длился 18 месяцев и он, в частности, включал совместный анализ текущих и прошлых стратегий, а также данных об эффектах социальной интеграции и тенденциях в этой области. Оценка перспективных видов практики из разных стран Европы на основе совместного участия заинтересованных сторон, в том числе в виде форумов и круглых столов, помогла стимулировать дискуссию и сформировать информационную базу для выбора оптимальных вариантов работы с учетом точек зрения различных заинтересованных сторон. Основные усилия были направлены на содействие организации неформальных встреч и дискуссий, с тем чтобы лучше понять и проанализировать как отношения людей к социальной интеграции, так и то, как вопросы социальной интеграции могут быть лучше включены в государственную политику и в процессы принятия решений (бюджеты, отчетность, распределение ресурсов, мероприятия на местах и т.д.). Эта комбинация формальных и неформальных механизмов на различных уровнях правительства и заинтересованных сторон иллюстрирует компоненты “разумного стратегического руководства”, направленного на формирование общегосударственного подхода к повышению уровня социальной интеграции в Польше. Дополнительные стимулы в этой области включают возможность получить доступ к финансированию через механизм структурных фондов ЕС при условии соблюдения проводимой ЕС политики сплочения ее стран-членов.

Вставка 2.3. Сокращение социальных неравенств с помощью общегосударственного подхода с участием всего общества: пример из Шотландии

Опасения по поводу плохих показателей социально-экономического прогресса и слабого развития человеческого потенциала среди различных слоев общества в Шотландии послужили стимулом для разработки общегосударственного подхода к сокращению социальных неравенств с участием всего общества, реализуемого в рамках национальной рамочной программы под названием “Scotland Performs” [Шотландия работает]. Было отмечено, что важным фактором достижения целей этой программы является снижение расходов общества, связанных с плохим состоянием здоровья и различиями в отношении здоровья между социальными группами. Это привело к разработке рамочной программы “Equally Well” (Нам всем одинаково хорошо). Для управления деятельностью в этой области была создана министерская целевая группа с четкими полномочиями. Эта группа отчитывалась перед первым министром (шотландский эквивалент должности премьер-министра) и в течение 12 месяцев она рассматривала имеющиеся фактические данные и возможные варианты политики, а также обсуждала приоритетные направления деятельности. В ходе этой работы организовывались совещания групп экспертов, семинары и консультации с общественностью для обеспечения участия в данном процессе широкого круга заинтересованных сторон, включая национальные и местные органы власти, НПО, академические и деловые круги, а также поставщиков общественных услуг.

Благодаря этому при формировании вариантов политики и при выработке и тестировании путей решения актуальных проблем смогли быть использованы многие перспективы и области знаний. После того, как были сформулированы приоритеты, был проведен обзор имеющихся возможностей и систем реализации принятых решений для обеспечения успешного достижения поставленных целей. Это позволило определить все элементы и звенья, которые нужно было укрепить и/или скорректировать до момента запуска рамочной программы “Equally Well”. Данная программа осуществляется с 2007 г. и она включает в себя официальные соглашения и механизмы отчетности по действиям, действующие на стыке между национальными и местными уровнями, например, такие как “конкордат” с Конвенцией шотландских местных органов власти (COSLA), который является официальным соглашением о приоритетах, обязанностях и отношениях между органами власти на национальном и местном уровнях (22).


Был создан четкий совместный процесс для рассмотрения и текущей оценки проводимой работы. Основным используемым инструментом является единое соглашение о достижении итоговых результатов (Single Outcome Agreements). Такие соглашения заключаются между шотландским правительством и органами, осуществляющими планирование на местном уровне, которые называются партнерскими комитетами по планированию на уровне местных сообществ (community planning partnerships). Они разрабатываются с тщательным учетом местных условий и приоритетов и определяют пути деятельности шотландского правительства и групп планирования на местном уровне для обеспечения максимальной пользы для местных жителей.





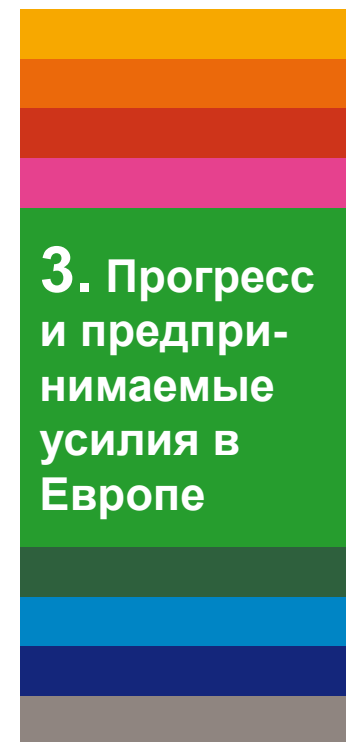
Вставка 2.3. Сокращение социальных неравенств с помощью общегосударственного подхода с участием всего общества: пример из Шотландии

Другие методы адаптации политики с учетом изменившихся обстоятельств включали регулярное составление публичных отчетов и дебаты о прогрессе, а также проведение независимых обзоров. Важной особенностью этого подхода стало введение практики испытания новых подходов в отдельных “испытательных” районах, что позволяет проводить их структурированное тестирование с целью возможного расширения масштабов применения эффективных мер по решению важнейших проблем общества. Продолжается работа по повышению знаний и потенциала сотрудников государственного сектора и других партнеров, чтобы обеспечить учет принятой политики во всех звеньях стратегического руководства и укрепить кадровый потенциал для снижения неравенств в Шотландии.

 В разделе “обсуждение” в главе 3 подчеркивается важность стратегического руководства для снижения социальных неравенств и рассматриваются перспективные разработки. В нем подчеркивается необходимость привлечения широкого круга заинтересованных сторон, использования различных инструментов для стимулирования сотрудничества между заинтересованными сторонами, а также обеспечения того, чтобы лица, принимающие решения, несли ответственность не только за свои решения, но и за последствия этих решений. При этом подчеркивается, что участие местного населения и предполагаемых бенефициаров политики играет важную роль для повышения не только прозрачности решений, но и эффективности действий (стратегий/инвестиций) с точки зрения улучшения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты.

3.1. Комплексная политика, способная воздействовать на социальные детерминанты

По всей Европе явления, описанные в этой главе, в большей или меньшей степени находят отражение в механизмах стратегического руководства на местном, региональном и национальном уровнях. Обзор опыта европейских стран и официальных документов свидетельствует о росте признания необходимости разработки комплексной политики и решений, способных оказать позитивное воздействие на основные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья. К ним относятся комплексные стратегии по снижению неравенств в отношении здоровья, охватывающие все население и целый ряд детерминант, например, такие как стратегии, проводимые в Норвегии и Шотландии. Более распространенными являются специальные программы и стратегии, направленные на определенные целевые группы, которые проводятся почти во всех странах Европейского региона ВОЗ. Хорошим примером такого подхода являются стратегии социальной интеграции цыган (рома) в странах Центральной, Южной и Восточной Европы. Дополнительным фокусом для комплексной политики является включение целей и задач по улучшению здоровья в национальные стратегии сокращения бедности, например, стратегии, которые проводятся во многих странах Содружества Независимых Государств (СНГ). Показатели для измерения улучшений в состоянии здоровья различных групп населения часто имеют общий характер, а для оценки справедливости чаще используют





подразумеваемые, а не конкретные критерии (то есть, ценностные значения, а не критерии эффективности комплексных действий). Согласно Gwatkin (9) это может отражать тот факт, что на протяжении многих лет в странах с более низкими доходами (и в сообществе партнеров в области развития) уровень интереса к вопросам неравенств в отношении здоровья и доступности общественных услуг варьировался.

В 1970-х и в начале 1980-х годов доминирующим вопросом в международном здравоохранении был разрыв в состоянии здоровья различных социально-экономических групп, чему уделялось гораздо большее внимание, чем среднему показателю состояния здоровья общества. Затем, в течение приблизительно десяти лет (примерно с середины 1980-х до середины 1990-х годов) основное внимание стало уделяться эффективности деятельности, а не вопросам социальной справедливости. Теперь маятник начинает движение в обратном направлении и вопросы различий в состоянии здоровья опять оказываются в центре внимания.

Четвертый подход заключается в том, чтобы включить конкретные цели справедливости в отношении здоровья в национальные планы развития, как, например, это было сделано в Латвии и Словении, где в последние несколько лет ведется усиленная работа по решению проблемы неравенства в отношении здоровья на национальном и местном уровнях. В этих случаях Министерство здравоохранения прилагает усилия для достижения общих целей справедливости в сотрудничестве с другими секторами, используя уровни справедливости в отношении здоровья в качестве одного из показателей, свидетельствующих об успехе совместной политики по повышению справедливого распределения благ государственной политики.

3.2. Инструменты, стимулирующие сотрудничество между заинтересованными сторонами и обеспечивающие подотчетность лиц, принимающих решения

Инструменты, которые обычно являются частью страновых “наборов инструментов”, используемых для управления комплексными стратегиями и обеспечения более справедливого распределения благ, включают широкий круг методик оценки воздействия, регулирующие и регламентирующие органы и специализированные подразделения по оценке воздействия, такие, например, как в Румынии. Другие инструменты, которые стимулируют



сотрудничество во всех секторах политики включают регулярные обзоры межсекторальных расходов с точки зрения их успеха в плане снижения неравенств (Англия)⁶ и определение того, какие именно группы населения получают пользу от различных стратегий (методики анализа распределения благ, подобные тем, которые используются в Сербии в рамках национальной стратегии по интеграции цыган (рома)). Такие инструменты стратегического руководства все чаще используются совместными рабочими группами и группами представителей различных секторов политики и, в некоторых случаях, НПО и независимыми академическими и стратегическими вспомогательными подразделениями. В качестве примеров этого подхода можно указать шотландскую рамочную программу “Equally Well”, и план действий в отношении цыган (народа рома), проводимого бывшей Югославской Республикой Македония в рамках Десятилетия интеграции народа рома: 2005-2015 годы.

В рамках Европейского региона ВОЗ механизмы обеспечения совместной подотчетности за последствия различных действий различаются как в плане систематического использования этих механизмов, так и в плане принятия соответствующих практических мер. Несмотря на то, что для воздействия на социальные детерминанты и для уменьшения несправедливости в отношении здоровья совместные методы работы и управления эффективностью деятельности являются необходимыми, следует отметить, что их использование отнимает много времени и связано со значительными издержками (например, в виде уменьшения личного/отраслевого влияния, ресурсов и статуса) и что в некоторых случаях они противоречат преобладающим культурным нормам и ценностям. По этим причинам совместные и “мягкие” инструменты должны быть объединены с более иерархическими или так называемыми “жесткими” инструментами обеспечения совместной деятельности и совместной ответственности, относящейся к обеспечению справедливости через действия в различных сферах политики. Такие инструменты включают следующие: законы и регламенты, парламентские резолюции, официальные меморандумы о взаимопонимании (в том числе соглашения и контракты), а также финансовые системы и системы поощрения, которые связаны с практикой совместного достижения результатов (например, объединенные и совместные бюджеты).

Многие страны в Европейском регионе ВОЗ в настоящее время пересматривают

⁶ Это был инструмент, которым пользовалось бывшее правительство в течение 10-летнего периода реализации национальной стратегии по уменьшению неравенства в отношении здоровья (23).



свои национальные и местные планы развития, а также осуществляют оценку или реформирование политики и служб здравоохранения. Многие из этих планов направлены на (или предусматривают) укрепление механизмов подотчетности с целью усиления воздействия на социальные детерминанты. Например, в 2011 г. в Норвегии был принят новый закон об общественном здравоохранении (вступивший в силу с 1 января 2012 г.), который призван стимулировать такое развитие общества, которое способствует улучшению здоровья населения и снижает социальные неравенства в отношении здоровья” (24). Одной из главных особенностей этого закона является то, что работа по охране здоровья населения определяется в нем как ответственность не только сектора здравоохранения, но и всего правительства и всех муниципалитетов. В частности, в нем говорится, что норвежские муниципалитеты должны принимать меры к тому, чтобы вопросами охраны общественного здоровья занимались все сектора, а не только сектор здравоохранения. Дополнительные инструменты, такие как национальная система показателей состояния здоровья населения (в том числе показателей социальных детерминант здоровья), которая информирует местные органы власти об этих показателях, дополняют Новый закон и помогают многим заинтересованным сторонам на разных уровнях государственного управления выполнять свои обязанности с целью снижения социальной несправедливости.

Аналогичным образом, Кыргызстан разработал и внедрил План межотраслевых действий по укреплению здоровья населения в рамках Национальной программы реформирования здравоохранения “Манас Таалими”. Этот план был официально принят парламентом после его включения в Закон о реформе здравоохранения (2006 г.), и его реализация продолжается. Для реализации данного плана необходимо обеспечить координацию действий сектора здравоохранения и других секторов по улучшению условий повседневной жизни, включая такие аспекты, как улучшение водоснабжения и жилья в целях предотвращения заболеваний, связанных с плохими гигиеническими условиями, улучшение поведения людей в отношении здоровья, а также повышение доступности первичной медицинской помощи. Этот план действий также служит основой для координации той поддержки, которую двусторонние и односторонние учреждения оказывают Кыргызстану с целью улучшения здоровья всего населения на уровне местных сообществ.

3.2.1. Горизонтальная и вертикальная интеграция действий

Децентрализация обязанностей и, таким образом, ответственности за итоговые результаты проводимой политики является сильной стороной систем стратегического руководства в Европе. Все чаще субнациональные территориальные единицы (графства, области, регионы) приобретают более широкие полномочия по отношению к социально-экономическим решениям и инвестициям, многие из которых касаются социальных детерминант здоровья и справедливости, например, в таких сферах, как жилье, окружающая среда, водоснабжение и санитария, обеспечение безопасности местных сообществ, городское и сельское развитие, трудовая занятость населения и развитие бизнеса. В то же время охрана здоровья населения продолжает оставаться функцией, управление которой в основном осуществляется на центральном уровне. Это открывает новые перспективы и возможности для обеспечения того, чтобы вопросам здоровья и справедливости уделялось должное внимание в рамках инвестиционных программ и в процессе формирования политики на субнациональном уровне. Примеры из практики, например, в таких территориях, как Мурска-Собота в Словении и Кошицкий край в Словакии хорошо иллюстрируют возможности, имеющиеся в Европе. В Кошицком крае, крупнейшей самоуправляемой территориальной единице в юго-восточной части Словакии, региональный парламент официально включил главу, посвященную охране здоровья, в общий план развития края в 2009 г. Работа по улучшению детерминант здоровья среди групп населения с меньшим количеством социальных и экономических ресурсов и с более низким состоянием здоровья была включена в число приоритетных задач в самых различных секторах. Вопросы реализации соответствующих мероприятий нашли отражение в региональных инвестиционных программах и в потоках финансирования. Механизмы, используемые для продвижения такой работы, в основном, носят формальный характер и они встроены в основные системы планирования, отчетности и мониторинга на региональном уровне. Однако этот процесс координировался многосторонней группой заинтересованных сторон, включая Региональный институт общественного здравоохранения в Кошицком крае, председателя этой самоуправляемой территории, исследователей, занимающихся вопросами социально-экономической несправедливости, а также работников краевых органов самоуправления, выполняющих функции демографов и поставщиков общественных услуг на уровне населения. Это





было мощное сочетание заинтересованных сторон, которые получили возможность анализировать различные данные, обсуждать идеи и выявлять актуальные вопросы и проблемы благодаря неформальному доступу к различным заинтересованным сторонам внутри государственного аппарата и вне его. Ключевым положительным фактором являлся учет знаний других партнеров о местных сообществах и предполагаемых бенефициарах политики при формировании приоритетных направлений деятельности. Принципиальная особенность данного подхода заключалась в привлечении внешних агентств в качестве посредников диалога между заинтересованными сторонами в поддержку использования наилучших имеющихся данных и практики всех стран Европы и других стран мира. В частности, этот процесс проводился с участием сотрудничающих центров ВОЗ и центров передового опыта, имеющих богатый опыт по вопросам социальных детерминант и межсекторального инвестирования в интересах здоровья и справедливости.

3.3. Активное участие и вовлеченность местных сообществ

Наблюдается растущий интерес к развитию партнерских отношений для устранения коренных причин несправедливости в отношении здоровья. Работа в этом направлении должна быть основана на планировании “снизу-вверх” и на анализе знаний, которыми располагают местные сообщества, что будет способствовать разработке и проведению эффективных мероприятий и оценке проводимой политики. Примерами, которые воплощают эти цели и являются частью формальных организационных механизмов в странах, являются следующие: партнерство в интересах здоровья местных сообществ во Флоренции; финские муниципальные группы по укреплению здоровья; советы по охране здоровья и благополучия в Англии; а также поддерживаемый Всемирным банком Проект сельских инвестиций (ПСИ) в Кыргызстане. Целью последнего проекта является укрепление местного потенциала и инфраструктуры для социально-экономического развития в сельских районах и снижение бедности. В Кыргызстане 65 % населения, составляющего 5,1 млн человек, проживает в сельской местности. При этом на сельское население приходится около 80% наиболее бедных людей. Проект сельских инвестиций способствует надлежащему стратегическому руководству на уровне, наиболее близком к местному населению, обеспечивая стимулы для устойчивого экономического развития, а также содействуя созданию рабочих мест в сельской местности. Механизмы, которые

способствуют участию населения и обеспечению прозрачности в процессах принятия решений о приоритетах, распределении ресурсов и анализе использования этих ресурсов, включают в себя следующие: открытое бюджетирование, открытые совещания по планированию, общественные слушания по поддержке участия и наращиванию потенциала местных жителей и общественных организаций в формировании бюджета и в планировании и осуществлении мероприятий.

Вышеупомянутые механизмы иллюстрируют растущее осознание того важного вклада, который местные жители вносят в решение сложных проблем, а также ценности подлинного и систематического участия населения в разработке, внедрении и анализе решений. Многие исследования подтверждают правильность этой концепции, подчеркивая, что местные жители могут осознать наличие проблем задолго до того, как они достигнут уровня их включения в государственную повестку дня, как это показано на примере, приведенном во вставке 3.1.⁷

Такие примеры подчеркивают большую пользу от вовлечения местного населения в диалог и в процесс выявления проблем и путей их решения. Многочисленные исследования показывают, что это способствует укреплению у жителей чувства ответственности за собственное здоровье и здоровье других членов сообщества, а также повышает их возможности контролировать факторы, воздействующие на их здоровье. Кроме того, это способствует улучшению информационной базы, которая нужна официальным органам, ответственным за улучшение здоровья населения и детерминант здоровья, для эффективного распределения ресурсов и принятия соответствующих решений (26). Эти процессы, хотя они и предназначены для улучшения показателей здоровья, также способствуют повышению доверия жителей к местным органам власти, повышая уровень прозрачности в процессах принятия решений. Эти важные активы для здравоохранения и социального развития будут эффективными и устойчивыми только тогда, когда они являются частью более широких мер и стратегий, направленных на структурные

⁷ Дополнительным информационным ресурсом послужит справочник по стратегическому руководству деятельностью в области социальных детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья, который сейчас готовится в Европейском офисе ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие. Серая литература также была использована в качестве источника научной информации, на которой основан этот доклад. Для получения дополнительных сведений см. раздел "Библиография".






детерминанты здоровья и проводимых в рамках систематической практики стратегического руководства, а не в виде разовых проектов.

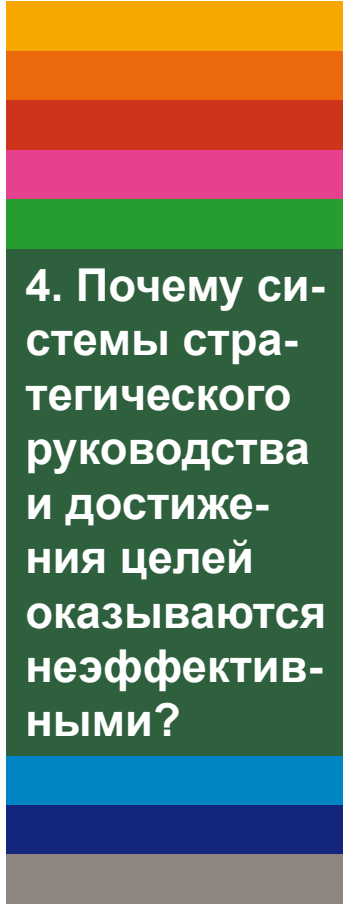
Вставка 3.1. Дети маркируют опасные места и виды деятельности в Коркер-Хилл (Corker Hill), Шотландия

В большинстве информационных систем непреднамеренные травмы у детей классифицируются как проблема, связанная с неправильным поведением ребенка или родителей; т.е. в них отмечается, что ребенок получил травму либо из-за то, что он переходил дорогу “неположенным” образом (“выбежал не глядя по сторонам”, “не использовал пешеходный переход”), либо из-за отсутствия должного надзора со стороны родителей. В рассматриваемом здесь исследовании был использован совершенно иной подход к проблеме непреднамеренных травм. Исследователи поставили перед собой задачу выяснить, не то, почему такое большое количество детей получают травмы или погибают в результате несчастных случаев, а то, почему гораздо большее количество детей доживают до взрослого возраста в небезопасных условиях. Для этой цели детям было предложено указать на те места и виды деятельности, которые они считают опасными, используя этикетки с изображением черепа с костями. Это разные типы данных, но они демонстрируют способность местных сообществ выявлять опасные факторы, еще до того, когда они становятся причиной смерти. О правильности этого подхода свидетельствуют появляющиеся в печати сообщения о том, что “только гибель ребенка смогла убедить власти в том, что нам действительно нужен пешеходный переход” (25).

 В настоящем докладе уже было подчеркнуто, что многие европейские и национальные стратегии, рамочные программы и инициативы в том или ином виде отражают важность справедливости в отношении здоровья и целей ее достижения. Примеры по странам включают программы и инициативы, проводимые в следующих областях: повышение социальной интеграции, сокращение бедности, сбалансированное развитие, развитие сельских районов, обеспечение всеобщей социальной и медицинской защиты, повышение устойчивости местных сообществ, право на охрану здоровья и т.д. Все эти программы и инициативы направлены на улучшение условий повседневной жизни, трудовой жизни, возможностей для получения доходов и безопасности населения. Таким образом, социальные детерминанты здоровья и справедливости отражены почти во всех нынешних политических целях и ценностях стран Европейского региона ВОЗ. В главе 3 специально освещаются прогресс и общие инструменты и подходы к повышению справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Ввиду вышесказанного возникает вопрос: почему, несмотря на существующие усилия и благие намерения, неравенства в отношении здоровья продолжают сохраняться, а в некоторых случаях даже увеличиваются?

В данной главе рассматриваются некоторые из возможных причин этой проблемы, которые анализируются на основе информации, полученной в ходе интервью с ключевыми информантами, и результатов анализа официальных отчетов заседаний и опубликованных работ за период 2002-2012, гг., где описываются и обсуждаются различные аспекты практики стратегического руководства с целью воздействия на социальные детерминанты здоровья и повышения справедливости в отношении здоровья. Главным результатом этого анализа является вывод об отсутствии системного мышления в стратегическом руководстве в целях достижения справедливости в отношении здоровья. Для устранения этого недостатка предлагается перечень систем, необходимых для повышения справедливости в отношении здоровья на основе общегосударственного подхода. Этот перечень предназначен для дальнейшего обсуждения, а также для использования в качестве основы для поддержки укрепления национальной системы стратегического руководства для повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты.

Причины вышеупомянутой неэффективности были объединены в четыре основные



4. Почему системы стратегического руководства и достижения целей оказываются неэффективными?



категории, которые изложены в таблице 4.1 и проанализированы более подробно в оставшейся части этого раздела.

4.1. Концептуальная неэффективность

В различных странах Европейского региона ВОЗ по-разному относятся к ключевым факторам, лежащим в основе неравенств в отношении здоровья. Как показано в рис. 4.1 эти различия отражают политическую идеологию и более широкие социально-политические и исторические условия.

Таблица 4.1. Причины неэффективности стратегического руководства для повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты

Тип неэффективности	Пояснение
Концептуальная неэффективность	Неспособность построения полной причинно-следственной цепи, понимание которой необходимо для достижения поставленных целей в отношении справедливости.
Неэффективность системы достижения целей	Ситуация, когда система достижения целей и реализации принятых решений не способна воздействовать на множественные детерминанты здоровья для уменьшения неравенства в отношении здоровья с течением времени.
Неэффективность стратегии контроля	Ситуация, когда стратегия контроля не в состоянии обеспечить ответственность заинтересованных сторон и программ за результаты проводимой работы с точки зрения повышения справедливости.
Неэффективность системы общественного здравоохранения	Неспособность обеспечить формирование умений и навыков, необходимых для того, чтобы охрана здоровья населения рассматривалась как общая социальная задача, а не только как задача сектора здравоохранения.

Многие страны ссылаются на то, что общие концептуальные рамки оказали влияние на их мысли и взгляды, касающиеся неравенств в отношении здоровья и детерминант здоровья, а также на выбор вмешательств, вошедших в их политику и практику. В частности, они отмечали в этой связи работу Dahlgren & Whitehead (27), о которой часто говорят как о модели радуги, работу Graham (28) и документ Глобальной комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (29), как это показано на рис. 4.2.



Общей чертой для всех названных концептуальных моделей является взаимодействие целого ряда факторов, формирующих причинно-следственные цепочки, ведущие к социальной несправедливости. Несмотря на ссылки на вышеуказанные работы, на практике в концептуальных рамках, лежащих в основе мер по сокращению неравенства во многих европейских странах, связи между социальным положением, социальными структурами, материальными факторами и индивидуальным поведением, как правило, не являются четко сформулированными. В ходе обзоров, проведенных Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие в 2010 и 2011 гг.,⁸ было установлено, что причины возникновения и сохранения несправедливости в отношении здоровья в обществе варьируются, но в целом во многих странах, охваченных этими обзорами, существует тенденция уделять основное внимание промежуточным или проксимальным детерминантам. К этим детерминантам относятся доступность медицинского обслуживания, образ жизни или поведение, условия жизни (например, жилищные условия, наличие водоснабжения и канализации), а также социальная сплоченность.

В недавнем исследовании (31), посвященном рассмотрению парадокса стойких неравенств в отношении здоровья, было сделано предположение о том, что в современных европейских государствах всеобщего благосостояния это явление можно рассматривать частично как неспособность государств всеобщего благосостояния реализовать более радикальные меры перераспределения ресурсов, и частично как своего рода “невезение”, связанное с одновременными событиями, которые изменили состав социально-экономических групп и сделали неравенства в отношении здоровья более чувствительными к воздействию психосоциальных факторов. Исследование показывает, что неравенство в странах Европы сохраняется из-за неспособности идентифицировать оптимальное сочетание детерминант и принять те широкие и активные меры, которые необходимы для обеспечения их справедливого распределения среди населения.

Эта причина неэффективности проводимых мер была отмечена Национальным аудиторским управлением (НАУ) Соединенного Королевства, которое проанализировало причины, помешавшие Англии достичь в 2010 г. национальные цели в области уменьшения несправедливости в отношении здоровья. НАУ сообщило, что важную роль в этом сыграла

⁸ Для получения дополнительных сведений см. раздел “Библиография”.



неспособность в достаточной степени осознать и осмыслить все причинно-следственные факторы, приводящие к плохому состоянию здоровья (32). Обзор литературы и интервью с ключевыми информантами позволяют предположить, что вышеуказанное является вероятной причиной того, что во многих странах Европы результаты стратегий, программ и мероприятий, направленных на уменьшение несправедливости в отношении здоровья оказались хуже, чем ожидалось.

Рис. 4.1. Различия во взглядах стран Европейского региона ВОЗ на основные причинные факторы неравенств в отношении здоровья

Стратегии по сокращению неравенств	Основные причинные факторы неравенств в отношении здоровья различаются между странами, что отражает более широкие социально-политические факторы и исторические тенденции	
	Каковы основные детерминанты наблюдаемых неравенств в отношении здоровья населения в вашей стране?	
	<p><u>Швеция</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Трудовая занятость - Уровень образования - Недостатки в системе распределения ресурсов в соответствии с потребностями - Ослабление социальной сплоченности <p><u>Испания</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Трудовая занятость и условия труда - Бедность - Пробелы в системе социальной защиты женщин - Растущие проблемы, связанные с ожирением, курением и употреблением алкоголя - Проблемы, связанные с окружающей средой (травматизм, загрязнение и т.д.) 	<p><u>Соединенное Королевство</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Недостаточность ресурсов - Заниженность ожиданий (не только среди малоимущих, но и среди лиц, относящихся к категории специалистов) - Значительные социально-экономические неравенства - Бессилие <p><u>Польша</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Неконтролируемый рынок - Неравенство в доступе к ресурсам, необходимым для сохранения и укрепления здоровья - Неэффективность системы обеспечения подотчетности (проблемы, связанные с выбором базовых показателей, взяточничество и т.д.)

Источник: Whitehead et al. (30).

Рис. 4.2. Концептуальная основа, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья



Источник: адаптировано из работы Solar & Irwin (29).

Объяснения того, как неравенства в отношении здоровья возникают и сохраняются в течение долгого времени, формируются не только на основе научных данных и моделей, но и под влиянием политической идеологии и интересов различных заинтересованных сторон, имеющих доступ к сфере принятия решений. В частности, в настоящее время наблюдается возрождение теорий об эффекте просачивания благ сверху вниз, сводящихся к тому, что положительные эффекты политики постепенно распространятся на все общественные группы и что, следовательно, различия (неравенства) – это временная проблема, которая будет уменьшаться и исчезать по мере распространения воздействия проводимых стратегий на все слои населения. Такие темы, как индивидуальные обязанности и изменение поведения, всегда находят отражение в политических дебатах и в программах

Почему системы стратегического руководства и достижения целей оказываются неэффективными?



и инициативах, направленных на сокращение неравенств в отношении здоровья, о чем, в частности, свидетельствует то внимание, которое в последнее время уделяется стратегиям побуждения. Стратегии побуждения – это стратегии, которые направлены на создание физических и социальных условий, способствующих формированию желаемых моделей поведения, а сама эта концепция происходит от теорий изменения поведения отдельных лиц, сообществ или населения в целом. Имеются доказательства того, что когда речь идет об относительно простых действиях, таких как мытье рук и соблюдение ограничений скорости, стратегии побуждения способны повлиять на поведение населения. Однако в целом они не затрагивают глубинных причин неравной подверженности риску, т.е. социальных детерминант, таких как жилищные условия, дорожная инфраструктура и создание безопасных условий жизни в городских и сельских населенных пунктах. Еще одно объяснение неравенств в отношении здоровья носит более прагматический характер и оно связано с тем, изменения каких именно факторов и условий рассматриваются как реально достижимые. В некоторых странах несмотря на признание важности многих факторов и их взаимодействий в обеспечении справедливости, решения иногда делаются на основе того, что является реально достижимым. Это наиболее очевидно в тех странах, где широко распространены узковедомственные подходы: то есть, там, где инструменты для межсекторальной деятельности ограничены, и/или где эффективности деятельности в конкретных секторах придается большее значение, чем достижению общих целей. Этот вопрос обсуждается более подробно в разделе 4.2, но его важно упомянуть и здесь, так как это позволяет лучше понять причины концептуальной недостаточности.

Воздействие на целый ряд детерминант, которые охватывают системы здравоохранения, поведение людей, материальные условия и структурные факторы, относящиеся к распределению власти и ресурсов в обществе, не является легкой задачей. Национальные и европейские обзоры свидетельствуют о том, что инвестиции в каждой из этих областей будут иметь различные периоды достижения желаемых результатов – при этом наиболее быстрого эффекта в улучшении здоровья населения и снижении неравенств в отношении здоровья можно добиться путем совершенствования ранней диагностики и лечения болезней в первичном звене здравоохранения. Тем не менее, без мер, направленных на более широкие социальные детерминанты (и их последствия с точки зрения образа жизни и поведения людей), отдача от таких инвестиций будет снижаться на фоне возрастающего или остающегося высоким спроса.

4.2. Неэффективность системы достижения целей

Разнообразные и независимые социальные системы (относящиеся к транспорту, жилью, социальному обеспечению и т.д.), как правило, работают в автономно-ведомственном режиме, т.е. без координации с другими системами. Тем не менее, совокупность этих систем и их отдельных воздействий на здоровье населения составляет основу для эффективных действий по уменьшению несправедливости в отношении здоровья и воздействию на социальные детерминанты здоровья. Неспособность идентифицировать и картировать такие взаимосвязи и взаимодействия между различными элементами этой совокупности является основной причиной неэффективного управления мероприятиями, направленными на сокращение неравенств путем воздействия на социальные детерминанты.

Для сокращения неравенств в отношении здоровья системы достижения целей должны быть в состоянии стимулировать согласованность действий и решений заинтересованных сторон, обеспечивать ответственность лиц, принимающих решения, за воздействия на детерминанты здоровья, а также иметь систему материально-технических возможностей, инструментов и процессов, которые позволят как корректировать проводимые мероприятия, так и обеспечить устойчивую реализацию политики и ее необходимую адаптацию с течением времени. Эти важнейшие функции системы достижения целей, способные повысить справедливость в отношении здоровья, отражают принципы надлежащего управления, разработанные ПРООН и отраженные во вставке 4.1.

В предыдущих разделах было показано, как некоторые из этих принципов реализуются в странах Европы. Тем не менее, обзор прогресса в рамках Европы и в более широком масштабе позволил выявить следующие общие факторы, которые снижают общую эффективность систем в плане повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты.

4.2.1. Опора на маломасштабные и пилотные проекты

Есть много примеров хороших инициатив по улучшению показателей здоровья населения. Во многих из них также поставлена цель сократить разрыв в состоянии здоровья между





социальными группами, например, в доступе к услугам здравоохранения, в возможностях трудоустройства и приобретения навыков, а также в поведении в отношении здоровья и в образе жизни. Тем не менее, большинство инициатив в этом направлении, хотя они и проводятся с самыми благими намерениями, часто имеют экспериментальный характер или являются маломасштабными и ограниченными по времени проектами. Во многих из них отмечаются ограниченные успехи в мобилизации усилий для воздействия на все детерминанты, лежащие в основе неравенств в отношении здоровья. Общая эффективность инициатив, которые воздействуют на целый ряд детерминант, но остаются пилотными по своему характеру или ограниченными по времени, является недостаточно высокой, так как они не достигают тех масштабов и продолжительности действий, которые необходимы для поддержания влияния этих инициатив и обеспечения реального улучшения ситуации в среднесрочной перспективе.

Вставка 4.1. Принципы надлежащего стратегического руководства

1. Легитимность и учет общественного мнения, что является необходимым условием вовлечения всех заинтересованных сторон в легитимный процесс развития.
2. Четкая направленность действий, что предполагает наличие четкого стратегического видения.
3. Мониторинг эффективности деятельности, что предполагает наличие измеримых показателей для оценки как процесса деятельности, так и ее итоговых результатов.
4. Подотчетность, что предполагает обеспечение того, что все соответствующие сектора несут ответственность за достижение общих целей.
5. Равноправие, что предполагает обеспечение того, что предложенные системы стратегического руководства основываются на равноправных процессах, подкрепленных законодательством.

Источник: Graham, Amos & Plumptre (33), заимствовано из документа ВОЗ (34), стр. 16.

4.2.2. Отсутствие надлежащих стимулов и механизмов для действий, охватывающих различные сектора и детерминанты

Даже в тех странах, где уже поставлены национальные цели и реализуются стратегии и планы по сокращению неравенств, наблюдается такая проблема, как неспособность действовать с охватом всех звеньев причинно-следственной цепи и с достаточными усилиями, чтобы добиться таких масштабов изменений, которые необходимы для сокращения разрыва в показателях здоровья. Причины неуспеха в этих случаях обычно связаны с недостатком соответствующих стимулов и поддерживающих механизмов,

содействующих деятельности, охватывающей целый ряд секторов и детерминант, таких, например, как общие целевые ориентиры и общая система отчетности, привязанная к основным бюджетам и процессам совместного анализа прогресса. Во многих случаях причиной неуспеха является плохой дизайн стратегий и программ. Много внимания уделяется разработке стратегий, но слишком мало – оценке потенциала их реализации и, в частности, оценке потребностей в человеческих ресурсах и/или институциональных механизмах и стимулах, которые будут иметь решающее значение для успеха. По этой причине, многие стратегии и программы, которые написаны хорошо и с самыми лучшими намерениями, реализуются лишь частично. Конкретные причины этого явления, указанные странами в документах для совещаний, которые были проанализированы при подготовке настоящего доклада, заключаются в том, что уровни реализации стратегий могут значительно различаться. Очень часто этот уровень является высоким в тех секторах и применительно к тем детерминантам, где легче обеспечить сочетание стратегических интересов – например, в сфере здравоохранения и социального обеспечения или в сфере здравоохранения и образования. Отношения между многими другими секторами, но особенно между сектором здравоохранения и секторами, занимающимися вопросами финансов, труда, торговли и развития, часто характеризуются странами как более слабые. Это свидетельствует о том, что сотрудничество в воздействии на детерминанты здоровья имеет место там, где отношения между секторами уже хорошие или где преимущества координации стратегий и действий являются очевидными. Однако, если такое сотрудничество происходит только там, где уже существуют хорошие отношения с другими секторами/заинтересованными сторонами, и там, где в системах имеются необходимые материально-технические и интеллектуальные ресурсы или где такие ресурсы можно контролировать (например, в сфере влияния одного сектора), это может ограничить воздействие проводимых стратегий на весь спектр детерминант и на все заинтересованные стороны вне рамок государственного аппарата.

Эта ситуация может усугубляться неспособностью на ранних стадиях разработки политики сформировать единое понимание и приверженность делу преодоления неравенств посредством воздействия на социальные детерминанты. В первую очередь это связано с недостаточным использованием механизмов (I) совместной диагностики существующих проблем; (II) межсекторальной и экспертной оценки существующих стратегий, и (III) оценки конкурирующих и взаимодополняющих интересов. Если эти механизмы и процессы не





будут сформированы в стадии разработки стратегии, то, скорее всего, окончательная стратегия будет страдать от таких проблем, как недостаточная приверженность и отсутствие возможности получить ресурсы, необходимые для обеспечения эффективной реализации намеченных мер или для воздействия на все детерминанты, лежащие в основе неравенств.

Возникновение такой ситуации часто свидетельствует о том, что на этапе активной реализации политики взаимодействия между сектором здравоохранения и другими секторами характеризуются увеличением требований, предъявляемых к другим секторам в интересах охраны здоровья населения. Собственно говоря, этот факт часто отражается в формулировках, используемых в планах действий по преодолению несправедливости в отношении здоровья. Такое положение дел – наряду с редкими и нерегулярными коммуникационными потоками между секторами из-за дефицита ролевых установок и недостаточности ресурсов – еще больше (I) ограничивает возможности воздействовать на общие детерминанты, что было бы полезно для многих секторов, а также (II) подрывает необходимость в позиционировании социальной справедливости как цели для всего правительства (при этом справедливость в отношении здоровья рассматривается как один из показателей для измерения прогресса).

4.2.3. Нехватка инвестиций на цели непрерывной оценки тенденций, относящихся к неравенствам в отношении здоровья и к социальным детерминантам

Еще одним следствием является упущенная возможность для того, чтобы содействовать формированию нового понимания сложных проблем (например, социальных неравенств) и разработке эффективных путей их решения. Это может способствовать формированию зависимости от прошлого, в результате чего способы ведения дел, включая анализ и решение проблем, наследуются от предшествующих циклов политики и реформирования. Это явление часто называют наследственной мудростью. Новые данные свидетельствуют о том, что детерминанты могут по-разному взаимодействовать с течением времени и формировать такие причинно-следственные цепочки, которые поддерживают или изменяют характер и масштабы неравенств в отношении здоровья. Наблюдаемая в настоящее время нехватка инвестиций на цели непрерывной оценки тенденций в сфере неравенств в отношении здоровья и социальных детерминант может во многом объяснить, почему проводимые вмешательства не позволяют достичь желаемых результатов.

4.2.4. Пробелы в качестве и видах данных и информационно-аналитических материалов

В то время как данные о демографических тенденциях и заболеваемости и смертности, как правило, являются достоверными, эффективность воздействий на социальные детерминанты значительно снижается из-за отсутствия информации о состоянии здоровья населения в разбивке по социально-экономическому статусу, т.е. с учетом таких показателей, как доходы, статус занятости и уровень образования. Это ограничивает возможности для мониторинга проводимых мероприятий и оценки того влияния, которое стратегии, осуществляемые в несвязанных со здравоохранением секторах, оказывают на здоровье населения. Это также ограничивает способность министров и организаторов здравоохранения в плане реализации, анализа и продвижения эффективных стратегий и мероприятий, которые нацелены на глубинные социально-экономические факторы, лежащие в основе здоровья в целом и несправедливости в отношении здоровья, в частности.

Результаты исследований, данные и информация – это только некоторые из факторов, влияющих на политические решения, относящиеся к социальной справедливости и здоровью. Измерение результатов является необходимым условием для отслеживания последствий политических решений с точки зрения сокращения (или расширения) неравенств в отношении здоровья. Для того, чтобы информационно-аналитическая база по вопросам здоровья была устойчивой, нужна соответствующая инфраструктурная поддержка, и это требование касается как информационных технологий, так и наращивания потенциала. В 2010 г. председательство Испании в ЕС подчеркнуло, тот факт, что многие страны сообщества ЕС сталкиваются с серьезными проблемами в этом отношении, выдвинув лозунг “ Moving forward equity in health – monitoring and analysis of social determinants” [Содействие повышению справедливости в отношении здоровья – мониторинг и анализ социальных детерминант] (35). Вышеуказанное также верно и для других частей Европы. Летняя школа по мониторингу и анализу неравенств в отношении здоровья, организованная совместно Кошицким институтом по изучению общества и здоровья, университетом им. Pavol Jozef Afárik и Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, также выявила аналогичные проблемы в странах Центральной и Восточной Европы и в Балканских странах (36). Следствием вышеуказанных проблем является то, что страны не могут улучшить то, что они не измеряют.





Анализ причин того, почему системы достижения целей работают неэффективно, позволяет выделить два важных момента. Во-первых, системы и механизмы реализации любой стратегии следует рассматривать как параллельно с процессом разработки стратегии, так и в период перед началом осуществления стратегии и соответствующих мероприятий. Во-вторых, необходимым условием является правильное сочетание механизмов и институциональных структур. Они должны быть неотъемлемой частью основных институциональных механизмов, что предполагает необходимость работать в рамках существующих систем, а также безусловную необходимость их адаптации, чтобы улучшить их способность к повышению социальной справедливости применительно ко всем секторам и детерминантам.

В более широком смысле, это требует хорошего понимания всех звеньев системы достижения целей, которая состоит из сложной сети стратегий, концептуальных установок, программ и проектов. Как правило, управление этими звеньями осуществляется центральными и местными органами власти, стремящимися к достижению согласованных итоговых результатов. Управление системами достижения целей по сокращению неравенств путем воздействия на социальные детерминанты осуществляют государственные органы власти, но для успеха также необходимо учитывать и стимулировать действия местных жителей, организаций гражданского общества, общественности и частного сектора. Это указывает на необходимость создания более разнообразной и расширенной системы достижения целей, которая должна основываться на вовлечении всех социальных, политических и экономических структур общества. Поэтому совокупность механизмов достижения целей можно охарактеризовать как явление, встроенное в структуры (анатомия) и системы (физиология) общественного организма. Механизмы, встроенные в структуры, наиболее эффективны, когда они определены законодательно и поддерживаются и адаптируются политическими структурами. Механизмы, встроенные в системы, создаются общественностью с помощью информационно-коммуникационного обмена и развития взаимоотношений между всеми участвующими сторонами (37). Задача стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты, таким образом, заключается в том, чтобы внедрить механизмы и процессы, которые способны обеспечить подключение и согласование законодательных, институциональных, организационных, профессиональных, экономических, культурных и социальных ресурсов в рамках всего

общества. Цель состоит в том, чтобы произвести общественное благо – в данном случае обеспечить справедливость в отношении здоровья.

Характеристики эффективных систем достижения целей приведены во вставке 4.2.



Вставка 4.2. Эффективные механизмы достижения целей

Эффективная система достижения целей включает следующие элементы:

- комплекс рычагов и стимулов, которые подходят для данной цели;
- конкретные механизмы управления рисками, связанными с достижением целей;
- системы управления эффективностью деятельности, необходимые для обеспечения последовательной и систематической работы по достижению целей;
- сильный управленческий аппарат, который является подотчетным перед сообществом, которому он служит; при этом его подотчетность должна обеспечиваться через прозрачные управленческие структуры на всех уровнях системы достижения целей;
- механизмы регулярной обратной связи и проведения обзоров для поддержки непрерывного обучения на основе опыта;
- четкие и прозрачные системы, встроенные во все звенья системы достижения целей для того, чтобы:
 - обеспечить необходимый уровень эффективности деятельности;
 - сократить операционные расходы;
 - обеспечить совместное использование услуг и общих активов;
 - взаимодействовать с коммерческим/частным сектором (особенно с поставщиками услуг);
 - обеспечить соблюдение выработанного нормативно-правового режима, способного поддерживать высокий уровень эффективности;
 - уменьшить число уровней управления;
 - провести оценку того, как можно наиболее успешно интегрировать различные источники предоставления услуг гражданам;
 - работать совместно с общественностью;
- высокий уровень видимости, а также механизмы подготовки публичных докладов, которые способны стимулировать участие граждан в деятельности, направленной на улучшение здоровья населения.

Источник: адаптировано из документов NAO & Audit Commission (37).



4.3. Неэффективность государственной стратегии в сфере контрольно-надзорной деятельности

Многие системы, учрежденные государственными органами, не смогли обеспечить непрерывное и систематическое повышение уровня справедливости в отношении здоровья. Вопросы концептуальной недостаточности и неэффективности системы достижения целей были обсуждены в предыдущих разделах. Однако существует и третий аспект неудачи, а именно, неспособность разработки эффективной контрольно-надзорной системы, способной обеспечить ответственность всех заинтересованных сторон за осуществление мероприятий, необходимых для сокращения социальных неравенств.

Эффективная концепция контрольно-надзорной деятельности содержит описание тех действий, которые должны быть осуществлены всеми секторами для повышения социальной справедливости. В ней также указаны соответствующие инструменты, то есть, санкции и поощрения, которые имеют большое значение для предотвращения неудач и поддержки мероприятий, направленных на улучшение социальных детерминант с течением времени. Таким образом, эффективная система контрольно-надзорной деятельности должна обеспечивать надзор как за мероприятиями (т.е. вкладываемыми ресурсами), так и за промежуточными результатами этих мероприятий. Как неоднократно указывается в настоящем докладе, снижение неравенств в отношении здоровья требует слаженности действий многих заинтересованных сторон, многие из которых не являются частью государственного аппарата. Таким образом, инструменты эффективной системы контрольно-надзорной деятельности должны быть множественными и использоваться в различных общественных структурах. Тем не менее, государственные органы на национальном и местном уровнях несут основную ответственность за внедрение таких инструментов и их эффективное функционирование.

С этой целью в данном докладе приведены веские аргументы относительно необходимости учреждения официального агентства с соответствующими полномочиями и ресурсной базой, позволяющей обеспечить создание и функционирование эффективной системы отчетности за работу по повышению справедливости в отношении здоровья, включая результаты этой работы. Такое агентство должно быть способно генерировать научные исследования и получать фактические данные, необходимые для отчетности о мерах по



снижению социальной несправедливости. Кроме того, оно должно иметь гражданские или законодательные полномочия, чтобы комментировать, корректировать или контролировать действия многих секторов (здравоохранение, транспорт, жилье и т.д.). Во многих странах Европейского региона ВОЗ не имеется агентства с таким потенциалом. Во многих странах имеются отдельные элементы стратегии управления в этой области, но подборка и согласованность используемых механизмов, по-видимому, недостаточна для решения стоящих перед ними сложных и широкомасштабных задач. Так, например, во многих странах существуют законы по охране здоровья населения и конституционные рамки, которые призваны обеспечивать равенство возможностей для участия в жизни общества (право на занятость и образование) и/или которые гарантируют условия, необходимые для защиты здоровья населения (например, доступ к чистой воде и безопасному жилью). Однако, в том, что касается вопросов социальной справедливости, в странах часто отсутствуют необходимые для обеспечения реализации законов дополнительные структурные элементы (или же они не согласованы и используются лишь эпизодически), включая следующие: информационно-аналитическая база, регулирующие механизмы, нормативные документы, прозрачная отчетность, инструменты корректировки политики и механизмы вовлечения населения в планирование мероприятий. Эта неэффективность контрольно-надзорной системы означает, что, по существу, итоговые результаты многих государственных решений и стратегий по обеспечению справедливости в отношении здоровья являются «неуправляемыми». Все вышеуказанное служит дополнительным стимулом для укрепления потенциала существующего учреждения или создания новых учреждений, задача которых должна заключаться в обеспечении того, чтобы механизмы обеспечения подотчетности в вопросах социальной справедливости (воздействия и результаты) были внедрены на практике и работали эффективно.

Эта функция может осуществляться либо на национальном уровне, либо, например, в странах с высоким уровнем децентрализации, – на наиболее подходящем уровне политической подотчетности.

4.4. Неэффективность системы общественного здравоохранения

Необходимым условием повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты является расширение функций



министерств здравоохранения и всех звеньев системы общественного здравоохранения. Общегосударственный подход к охране здоровья с участием всего общества, необходимый для улучшения и поддержания социальной справедливости, означает, что органы власти и специалисты общественного здравоохранения должны взять на себя новые роли. Эти роли включают следующие: роль главного органа, устанавливающего обязательные регламенты, которые определяют границы и правила для потребителей и всех заинтересованных сторон; роль поставщика общественных благ и услуг; роль структуры, управляющей государственными ресурсами; и роль партнера в сотрудничестве с другими системами управления, деловыми кругами и организациями гражданского общества (38). Многие из этих функций были недавно предметом обсуждений по всей Европе. В частности, на уровне Европейского регионального бюро ВОЗ (39) и ЕС (40) были созданы новые руководства по модернизации системы охраны общественного здоровья в Европе.

Хотя эти руководства и не рассматриваются подробно в настоящем докладе, опираясь на изложенные в них рекомендации и на анализ практики и функций общественного здравоохранения, можно предположить, что определенные элементы являются необходимыми для решения проблемы неравенств в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты. Все эти элементы освещаются более подробно в нижеприведенных разделах.

Создание и поддержание описательной концепции повышения справедливости в отношении здоровья, которая предусматривает связь с более широкими секторальными, правительственными и общественными целями, имеет важнейшее значение. Такая концепция должна обеспечивать включение механизмов повышения справедливости в отношении здоровья в основные государственные стратегии и финансовые механизмы. В частности, она должна быть в состоянии: (I) стимулировать соответствующие дискуссии в парламенте, в комитетах кабинета министров и в средствах массовой информации; (II) обеспечивать создание и функционирование четких механизмов отчетности о деятельности многих заинтересованных сторон, таких, например, как независимые органы и официальные консультативные группы; и (III) обеспечить широкую доступность документов и информации о процессах принятия решений и результатах их реализации.

Для того чтобы поддерживать неослабевающий интерес к вопросам справедливости в отношении здоровья, необходим небольшой специальный отдел, который бы мог

свободно взаимодействовать и общаться с различными сообществами и секторами. Задачи такого отдела включают стимулирование регулярного диалога и создание платформ для дебатов по детерминантам здоровья, а также выявление любых областей, где имеются возможности для синергетических взаимодействий или внедрения компенсационных механизмов. Этот отдел будет являться одним из элементов системы стратегического руководства, которая также играет значительную роль в оценке ситуации и в стимулировании дискуссии о тенденциях в области социальных детерминант и справедливости в отношении здоровья, а также в акцентировании важности этих вопросов на всех уровнях принятия решений (например, в рамках брифингов по стратегическим и политическим вопросам, в средствах массовой информации, а также в научных журналах и форумах).

Важнейшую роль в информационно-аналитической сфере имеют фактические доказательства и аналитические обзоры, помогающие министерствам здравоохранения создать и совершенствовать концепцию работы по повышению справедливости, а также разрабатывать и испытывать новые модели и стратегические подходы. Одним из таких подходов является анализ государственных стратегий через призму социальной справедливости, используя для этой цели такие инструменты, как оценка воздействия, моделирование распределения эффектов и разработка возможных сценариев, которые позволяют проверить эффективность стратегий при определенных условиях. Все чаще эта информационно-аналитическая база представляет собой сеть учреждений, производящих различные виды информации и аналитических оценок в поддержку процесса принятия решений и рассмотрения актуальных вопросов.

Для разработки, координации и поддержания мероприятий по обучению по вопросам политики и наращивания потенциала необходимы действия в таких областях, как стратегическое руководство, составление систематических обзоров (совместно с другими партнерами), а также подготовка докладов о достигнутых результатах. Другие потребности включают разработку вспомогательных учебно-методических материалов, а также организацию обучения соответствующих сотрудников без отрыва от работы. Поддержка может быть предоставлена с целью развития знаний и обмена знаниями в ходе реализации стратегий, используя для этой цели ряд методологий оценки процессов и результатов деятельности.





В процессе разработке новой стратегии охраны общественного здоровья в Европе, Европейское региональное бюро ВОЗ и государства-члены выявили несоответствие между текущей деятельностью системы общественного здравоохранения и той деятельностью, которая необходима для эффективной охраны и укрепления здоровья населения и преодоления несправедливости в отношении здоровья, где многое зависит от социальных детерминант и социально-экономических факторов, которые лежат вне прямого контроля министерств здравоохранения. Одним из таких факторов является слабый и/или неравномерный прогресс в развитии систем и материально-технических ресурсов здравоохранения, которые были бы способны выполнять эти важнейшие функции.


Применение и расширение этого анализа в сфере стратегического руководства и воздействия на социальные детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья позволяет идентифицировать новые сферы влияния организаций гражданского общества (лидерство и действия на уровне общности), способствующих повышению эффективности охраны здоровья населения, как это показано в таблице 4.2.

Таблица 4.2. Новые сферы деятельности институтов гражданского общества, занимающихся вопросами охраны здоровья населения

	Функции институтов гражданского общества	Сферы деятельности
1.	Регулирование стратегического руководства	Стратегическое руководство в интересах здоровья
2.	Создание условий для реализации общегосударственного подхода к охране здоровья с участием всего общества	Охрана здоровья населения
3.	Управление механизмами и системой научного предвидения	Предвидение развития ситуации в области здравоохранения
4.	Повышение устойчивости местных сообществ к негативным воздействиям	Устойчивость здоровья/Охрана здоровья
5.	Создание условий для развития социальных предприятий, для обеспечения корпоративной социальной ответственности, а также для выработки новых методов профилактики и раннего вмешательства	Инновации в области охраны здоровья
6.	Развитие потенциала (активов) местных сообществ	Потенциал (активы) в области здравоохранения

Функции институтов гражданского общества	Сферы деятельности
7. Продвижение общественных и политических требований, касающихся реализации необходимых изменений	Продвижение и защита интересов здоровья
8. Функции партнера в межотраслевых коалициях	Коалиции здравоохранения
9. Управление общественными ресурсами с целью охраны здоровья населения	Службы здравоохранения
10. Предоставление общественных благ и услуг	Оздоровление населения
11. Функции исследователя	Научные исследования в области здравоохранения
12. Передача знаний, посредничество и подготовка кадров	Знания по вопросам охраны здоровья





5. Перечень систем, необходимых для достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты


 В этой главе изложен перечень систем, необходимых для повышения справедливости в отношении здоровья на основе общегосударственного подхода с участием всего общества. Он был создан с учетом выводов и вопросов, изложенных в предыдущих главах, и предполагается, что он будет использован (I) для дальнейшего обсуждения, а также (II) как проект рамочного механизма в поддержку практических механизмов стратегического руководства для повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. При подготовке этого перечня также были использованы другие научно обоснованные рамочные документы, рекомендации и регламенты по стратегическому руководству, в том числе материалы Агентства общественного здравоохранения Канады о необходимых шагах для осуществления межсекторальных действий по охране здоровья населения (см. таблицу 5.1), работа Valentine et al. (41) по реализации намеченных мер воздействия на социальные детерминанты здоровья на страновом уровне, а также работа Brown et al., связанная с подготовкой справочника по стратегическому руководству деятельностью в области социальных детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья.

Таблица 5.1. Необходимые шаги для успешного осуществления межотраслевых действий

Шаги	
1.	Разработайте такие концептуальные и практические подходы к охране здоровья населения, которые способствуют развитию межсекторальной деятельности.
2.	Подчеркивайте важность общих ценностей, интересов и целей во взаимодействиях с любыми нынешними и потенциальными партнерами.
3.	Примите меры для создания необходимой политической поддержки, основываясь при этом на позитивных факторах в политической среде.
4.	Примите меры для привлечения ключевых партнеров с самого начала деятельности в этом направлении.
5.	Обеспечьте надлежащие связи как между секторами (горизонтальные связи), так и между различными уровнями в рамках отдельных секторов (вертикальные связи).
6.	Инвестируйте в процесс создания союзов и партнерств путем достижения консенсуса между различными сторонами на этапе планирования действий.
7.	Делайте упор на конкретные цели и видимые результаты.
8.	Примите меры к обеспечению равномерного распределения между партнерами таких составляющих процесса, как лидерство, подотчетность и преимущества.



Шаги	
9.	Сформируйте стабильные группы коллег, которые хорошо работают вместе, и обеспечьте для них соответствующую систему поддержки.
10.	Разработайте практические модели, инструменты и механизмы для поддержки осуществления межсекторальных действий.
11	Примите меры для обеспечения участия населения, а также для просвещения общественности и повышения ее осведомленности о детерминантах здоровья и межотраслевых действиях.

Источник: Агентство общественного здравоохранения Канады (42) – цитируется в документе ВОЗ (34), стр. 15.

На основании этих данных и результатов предыдущего анализа, рассмотренных в данном докладе, можно выделить характеристики или функции систем стратегического руководства, эффективные с точки зрения воздействия на социальные детерминанты и сокращение неравенств в отношении здоровья, как это показано в таблице 5.2.

Таблица 5.2. Функции и характеристики стратегического руководства, важные для достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты

Рассматриваемая сфера	Характеристика системы	Параметры, характеризующие эффективность системы
1. Политическая приверженность	<ul style="list-style-type: none">Четкая политическая приверженность	<ol style="list-style-type: none">1.1 Подотчетность министерств по вопросам стратегического руководства и воздействия на СД и НОЗ^а1.2 Наличие конкретных политических функций, относящихся к СД и НОЗ на национальном, региональном и местном уровнях1.3 Межправительственная комиссия по вопросам СД и социальной справедливости1.4 Наличие отдельного бюджета, предназначенного для работы в области СД и НОЗ1.5 Институциональная и законодательная основа, необходимая для достижения справедливости в отношении здоровья и развития

^а СД = социальные детерминанты. НОЗ = несправедливость в отношении здоровья.

Таблица 5.2 (продолжение)

Рассматриваемая сфера	Характеристика системы	Параметры, характеризующие эффективность системы
2. Аналитическая информация	<p>Фактические данные и информация, необходимые для:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) формирования политики и принятия инвестиционных решений б) отслеживания прогресса в) обеспечения подотчетности заинтересованных сторон. <p>Особое внимание при этом следует уделять следующим аспектам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • научные исследования и аналитические данные, относящиеся к тенденциям и стратегиям; • эффективность систем стратегического руководства и достижения целей; • наличие соответствующих наборов целевых показателей/индикаторов, позволяющих отслеживать улучшения применительно к справедливости в отношении здоровья и распределению СД на европейском, национальном и местном уровнях 	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Отражение СД и НОЗ в научно-исследовательских бюджетах в виде приоритетного направления работы и отдельной статьи финансирования 2.2 Система регулярного анализа ситуации с СД и НОЗ и составления публичных докладов 2.3 Специальная информационно-аналитическая служба, занимающаяся подготовкой данных открытого доступа по вопросам здоровья населения 2.4 Публикация на местном, национальном и европейском уровнях данных о СД и НОЗ с точки зрения вкладываемых ресурсов, а также достижения промежуточных и итоговых результатов 2.5 Согласованные минимальные требования к наборам данных/отчетности о СД, социальной справедливости и неравенствах в отношении здоровья на национальном и местном уровнях
3. Структуры и системы подотчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Законодательные структуры и системы, позволяющие проводить межсекторальные мероприятия по целенаправленному решению вопросов, связанных с СД и несправедливостью в отношении здоровья на европейском, национальном и местном уровнях • Официально утвержденные советы по стратегическому руководству, способные обеспечить подотчетность всех заинтересованных сторон • Законодательные структуры и системы, позволяющие создавать такие НПО и группы гражданского общества, которые смогут быть партнерами в реализации мер по сокращению социальных неравенств и мониторингу прогресса 	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Правовая основа, согласно которой все заинтересованные стороны, как связанные, так и не связанные со здравоохранением, должны сотрудничать при проведении мероприятий, относящихся к СД и НОЗ, а также отчитываться о результатах этих мероприятий 3.2 Местные советы по здравоохранению (СД и НОЗ), имеющие полномочия в таких областях, как мониторинг прогресса в реализации стратегий, рассмотрение предлагаемых вариантов деятельности по повышению справедливости в отношении здоровья, а также обеспечение подотчетности всех заинтересованных сторон 3.3 Установление официальной ответственности за уменьшение социальных неравенств посредством воздействия на СД. Так, например, соответствующую контрольно-надзорную деятельность на европейском, национальном и местном уровнях могут осуществлять министры здравоохранения, председатели комитетов парламентского развития, премьер-министры, омбудсмены и т.д.

Таблица 5.2 (продолжение)

Рассматриваемая сфера	Характеристика системы	Параметры, характеризующие эффективность системы
4. Согласованная политика всех секторов и звеньев государственного аппарата	<ul style="list-style-type: none"> • Формальная и четкая рамочная программа с описанием заинтересованных сторон и стратегических действий по повышению справедливости в отношении здоровья и содействию развитию (СД) • Рамочная программа будет связана с министерскими портфелями и бюджетами как на национальном, так и на местном уровнях • Государственная политика, контроль за реализацией которой осуществляется путем оценки ее воздействия на здоровье населения и на показатели социальной справедливости • Механизмы, в рамках которых осуществляется сотрудничество между секторами и различными уровнями власти 	<p>4.1 Согласованность (на национальном и местном уровнях) отраслевых мероприятий, проводимых с целью достижения согласованных целей в отношении СД и социальной справедливости</p> <p>4.2 Итоговые результаты с четкой привязкой ко всем государственным и отраслевым расходам на национальном и местном уровнях</p> <p>4.3 Конкретные соглашения с частным сектором (в промышленной и коммерческой сфере) относительно их вклада в работу, направленную на повышение социальной справедливости.</p> <p>4.4 Итоговые результаты оцениваются и публикуются всеми министерствами/управлениями на всех уровнях государственного аппарата</p> <p>4.5 Информация об оценке воздействия, которая должна представляться в виде документов общественного достояния. При этом сами результаты оценки должны подлежать аудиту с использованием специальных механизмов отчетности</p> <p>4.6. Наличие систем совместной отчетности о результатах, которые должны иметь следующие характеристики: объединенные бюджеты, общие цели, совместная подготовка обзоров и отчетов о прогрессе, наличие интегрированных информационно-аналитических систем</p>



Таблица 5.2 (продолжение)

Рассматриваемая сфера	Характеристика системы	Параметры, характеризующие эффективность системы
5. Вовлечение местных жителей	<ul style="list-style-type: none"> • Приверженность усилиям по вовлечению местного населения и субнациональных органов власти в процессы разработки, мониторинга и корректировки стратегий • Инструменты и системы, которые способствуют вовлечению общественности в процесс принятия решений • Обеспечение всеобщей доступности данных и аналитических обзоров о состоянии здоровья населения, справедливости и социальных детерминантах на местном, национальном и европейском уровнях 	<p>5.1 Механизмы, организационный дизайн и система наращивания потенциала для того, чтобы в процессе принятия решений и поиска оптимальных подходов учитывалось все разнообразие мнений и точек зрения местного сообщества и местных граждан</p> <p>5.2 На всех уровнях стратегического руководства деятельностью в отношении СД и НОЗ имеются представители общественности, которые работая в комитетах, принимающих решения, должны иметь такие же права как и профессиональные члены этих комитетов</p> <p>5.3 Наличие средств и инструментов для оказания поддержки действиям местных сообществ, направленным на определение местных проблем и путей их решения с полным учетом местных условий и данных</p> <p>5.4 Публичная отчетность о деятельности и прогрессе, что позволяет местным сообществам и другим заинтересованным сторонам иметь доступ к соответствующим данным и принимать участие в их обсуждении, а также в обсуждении любых новых задач, стоящих перед обществом</p>
6. Институциональный и человеческий потенциал	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие потенциала, включая следующие элементы: - подготовка компетентных и квалифицированных специалистов по СД и НОЗ - институциональные процессы - формальная подотчетность, ежегодная публикация информации о прогрессе 	<p>6.1 Программы, поддерживающие усилия политических кругов, гражданского общества и специалистов по воздействию на СД и НОЗ в рамках различных институциональных и социальных систем на местном, национальном и европейском уровнях</p> <p>6.2 Учебные модули по вопросам социальной справедливости, охраны здоровья и СД для использования в ходе профессиональной подготовки, как в рамках сектора здравоохранения, так и за его пределами</p> <p>6.3 Имеющиеся в секторах формальные протоколы, определяющие институциональные механизмы и ожидания, связанные с СД и НОЗ</p>

Таблица 5.2 (продолжение)

Рассматриваемая сфера	Характеристика системы	Параметры, характеризующие эффективность системы
7. Модернизированная система охраны общественного здоровья	<ul style="list-style-type: none"> Обзор и модернизация механизмов подготовки и практической деятельности работников общественного здравоохранения 	<p>7.1 Пересмотренные дескрипторы и требования к умениям и знаниям, относящимся к практике общественного здравоохранения на национальном уровне</p> <p>7.2 Пересмотренные дескрипторы, относящиеся к вмешательствам в области общественного здравоохранения (с усилением акцента на использование новых социальных медиа, управление социальными изменениями и стимулирование участия граждан)</p> <p>7.3 Новая или обновленная программа обучения специалистов общественного здравоохранения</p>
8. Учебные и инновационные системы	<ul style="list-style-type: none"> Стремление к постоянному углублению знаний о СД, социальной справедливости и эффективности стратегий и мер по снижению социальных неравенств Стремление к постоянной оценке эффективности и совершенствованию методов стратегического руководства в интересах преодоления несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на СД 	<p>8.1 Укрепление и расширение систем передачи полезных знаний внутри и между странами, что будет способствовать более быстрому внедрению перспективных стратегий и управленческих подходов</p> <p>8.2 Усиленный национальный и европейский потенциал для преодоления неравенств в отношении здоровья посредством создания многострановых инновационных программ, демонстрационных объектов, программ обмена специалистами, а также программ документированного дистанционного обучения</p> <p>8.3 Учрежденный европейский реестр стратегий и систем стратегического руководства, направленных на преодоление социальных неравенств посредством воздействия на СД</p>

При разработке контрольного списка не ставилась задача описать идеальную или “наилучшую” управленческую структуру, которую страны должны принять и использовать. Вместо этого в нем дается описание комплекса общих функций, которые должны быть внедрены в механизмы стратегического руководства в рамках страны в целях повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Предлагаемые функции носят общий характер. Этот подход является вполне сознательным. Он отражает необходимость дальнейших обсуждений и усилий в этой области, чтобы адаптировать рекомендации к различным условиям и уровням выработки



стратегий в государствах-членах Европейского региона ВОЗ, которые значительно различаются в плане культуры, традиций и особенностей развития.

5.1. Характеристики систем достижения целей, важные для уменьшения неравенств в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья

Определение характеристик систем эффективного стратегического руководства в интересах здоровья конечно же имеет огромное значение, но такие системы могут приносить практическую пользу только при наличии системы достижения целей, которая позволяет реализовывать необходимые мероприятия на всех уровнях и во всех системах и секторах, подлежащих управлению.

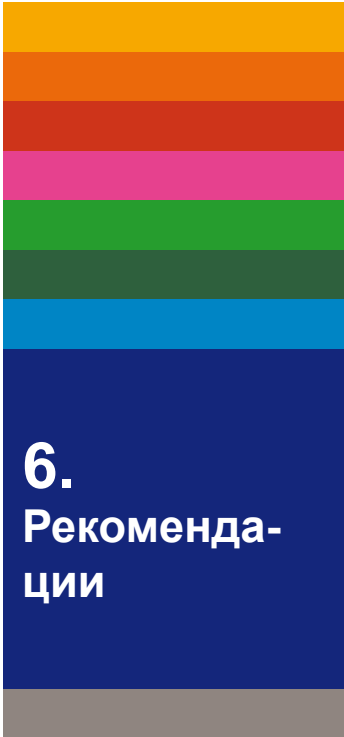
Некоторые из функций эффективной системы достижения целей, связанных с социальными детерминантами здоровья и неравенствами в отношении здоровья, совпадают с функциями эффективной системы стратегического руководства. В таблице 5.3 показаны ключевые характеристики системы достижения целей.

Таблица 5.3. Основные характеристики системы достижения целей.

Функции системы	Характеристики системы достижения целей
1. Утвержденная система достижения целей	Все звенья системы воздействия на социальные детерминанты здоровья и на неравенства в отношении здоровья являются четкими, понятными и документированными. Кроме того, они принадлежат конкретному "хозяйину" и поддерживаются или регулируются соответствующими заинтересованными сторонами.
2. Четко обозначенные сферы ответственности и активное управление	В системе достижения целей предусмотрена контрольно-надзорная функция, которую выполняет конкретный "хозяйин" (управленческая система/ министр/ специалист), наделенный соответствующими полномочиями. Целью этой контрольно-надзорной деятельности является определение и устранение рисков для достижения поставленных целей и итоговых результатов деятельности.
3. Рычаги и стимулы	Система определила рычаги и стимулы, которые актуальны как для менеджеров, так и для всех заинтересованных сторон.
4. Управление эффективностью деятельности	Система имеет систему управления эффективностью деятельности с соответствующим набором показателей и системами для проведения научных исследований, сбора данных, а также мониторинга и оценки использования вкладываемых ресурсов, выбранных процессов и промежуточных и итоговых результатов.

Функции системы	Характеристики системы достижения целей
5. Сильный управленческий аппарат	Система достижения целей имеет сильный управленческий аппарат, который является подотчетным перед сообществом, которому он служит; при этом его подотчетность должна обеспечиваться через прозрачные управленческие структуры на всех уровнях системы достижения целей.
6. Устойчивая система финансирования и подготовки кадров	Система адекватно и устойчиво финансируется с помощью надежного финансово-инвестиционного механизма и имеет должным образом обученный персонал.
7. Политическая поддержка и уставные обязанности	Система достижения целей имеет как политическую поддержку, так и функциональную независимость. Она также имеет установленные законом обязанности и полномочия, которые позволяют ей требовать выполнения функций от всех сторон, принимающих участие в работе по достижению поставленных целей.
8. Высокая общественная видимость и вовлеченность персонала	Система имеет высокую общественную и политическую видимость и она хорошо представлена в различных СМИ и медиа (включая цифровые). Система способна помочь широким слоям общества использовать данные, которые она вырабатывает и контролирует, чтобы с помощью механизмов мониторинговой демократии сформировать среди населения спрос на изменения (см. раздел 2.4).
9. Ежегодная отчетность	Система ежегодно представляет общественности, которой она служит, отчет о выявленных препятствиях на пути прогресса и предлагает корректирующие меры с указанием конкретных лиц и учреждений, которые будут нести ответственность за реализацию этих мер.
10. Поддержка развития и общественный контроль	Система работает как через перспективные мероприятия в области развития (например, работа с заинтересованными сторонами, чтобы повысить эффективность их деятельности), так и с помощью методов корректирующего контроля, которые помогают выявлять имеющиеся недостатки и связанные с ними последствия.
11. Наборы показателей, научные исследования и оценка	Система достижения целей организует проведение соответствующих исследований и оценок и имеет наборы показателей и механизмов для систематического мониторинга процесса по цепочке “вкладываемые ресурсы – промежуточные результаты – итоговые результаты” и непрерывное рефлексивное обучение (которое является внутренним механизмом улучшения деятельности). Отчеты о результатах этой работы публикуются на ежегодной основе.





6. Рекоменда- ции

6.1 Поощрять и обеспечивать общую ответственность всех уровней государственного аппарата за результаты работы по достижению справедливости в отношении здоровья

Политика, проводимая любым государственным сектором, может повлиять на здоровье населения. Хотя вопросам здоровья во многих областях политики и не уделяется специальное внимание, следует отметить, что отсутствие учета влияния конкретных стратегий и инвестиций на здоровье населения и социальную справедливость связано с потерей хорошей возможности для снижения неравенств в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Согласованные действия между секторами обладают значительным потенциалом в плане улучшения здоровья населения.

Таким образом, стратегическое руководство в интересах справедливости в отношении здоровья требует долгосрочной приверженности не только ценности здоровья, но и понятию “содействие справедливости во всех стратегиях и программах”. Оно является как средством достижения взаимной выгоды для многих секторов, так и общественным благом, которое полезно для всего общества.

В данном докладе указывается, что итоговые результаты многих государственных решений и стратегий в интересах справедливости в отношении здоровья в настоящее время в значительной степени являются “неуправляемыми”. Отчасти это связано с дисбалансом в совокупности стимулов и инструментов, используемых для согласования усилий, предпринимаемых различными секторами, государственными структурами и другими заинтересованными сторонами. Формальные механизмы подотчетности, которые подкреплены поддерживающими стимулами, по-видимому, являются наиболее перспективными в плане обеспечения разработки межсекторальных стратегий, а также их реализации, мониторинга и оценки. Эти механизмы рассматриваются в последующих параграфах.

6.1.1. Обеспечение оптимального сочетания и согласованности механизмов, которые создают необходимые условия и стимулирующие факторы для сотрудничества с целью сокращения социальных неравенств как (I) между различными секторами, так и (II) между местными, региональными и национальными государственными органами

Для выполнения этой рекомендации предлагается использовать приведенные ниже подходы.

- Внедрение формальной общегосударственной структуры (например, в виде стратегии), в которой подробно излагаются цели и систематические действия различных секторов и управленческих уровней с целью сокращения социальных неравенств в отношении здоровья и развития, которые должны быть привязаны к министерским портфелям и бюджетам на национальном и местном уровнях.
- Использование существующих или разработка новых законодательных актов, нормативов и меморандумов о взаимопонимании, чтобы определить конкретные обязанности различных государственных секторов за реализацию согласованных целей в отношении социальной справедливости и здоровья.
- Внедрение совместной системы отчетности о результатах, предусматривающей такие механизмы, как постановка общих целей, совместное проведение обзоров и совместная отчетность о достигнутом прогрессе.
- Систематическое проведение структурированных оценок воздействия, чтобы обеспечить хорошую информационную основу как для выработки и принятия стратегических и инвестиционных решений относительно детерминант справедливости и здоровья, так и для контроля реализации этих решений.
- Внедрение или расширение финансовых систем и систем поощрения, привязанных к совместному достижению результатов – например, таких как объединенные и совместные бюджеты.
- Создание новых или дальнейшее укрепление существующих руководящих и вспомогательных механизмов, которые помогают различным заинтересованным сторонам проводить мероприятия, относящиеся к социальным детерминантам и справедливости в отношении здоровья. Информация, фактические данные, руководящие принципы и обучение кадров также являются важными аспектами поддерживающих систем, которые могут способствовать повышению эффективности проводимой работы.





6.2. Механизмы обеспечения подотчетности и возможности для повышения справедливости

На глобальном и страновом уровнях широкий спектр социальных, технологических, политических и культурных факторов делают эффективное стратегическое руководство все более сложной задачей, в частности, из-за того, что системы и механизмы управления становятся все более разветвленными и широкими.

На глобальном уровне наблюдается тенденция к тому, что правительства многих стран снижают степень государственного контроля и суверенитета путем вступления в международные торговые соглашения, многонациональные компании и широкие законодательные структуры, созданные на основе (квази-)политических и законодательных союзов, таких как Европейский союз (ЕС). Это подчеркивает тот факт, что характер и степень национальной приверженности политике достижения справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья все чаще формируются под воздействием ряда факторов и учреждений, находящихся за пределами местных и национальных границ.

Такие характерные для Европы черты систем стратегического руководства, как передача значительной доли полномочий местным органам управления и формирование новых моделей партнерского сотрудничества между государственными структурами, частным сектором и другими заинтересованными организациями и секторами, все чаще наблюдаются во многих европейских странах. Эти изменения увеличили число заинтересованных сторон и структур, в которых принимаются решения, что часто может иметь положительное или отрицательное воздействие на детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья.

В настоящем докладе указывается на то, что государственные органы власти играют решающую роль и в формировании механизмов стратегического руководства здравоохранением, и в улучшении социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья. В нем также утверждается, что странам (и общеевропейским организациям) необходимо укрепить их потенциал, включая различные комбинации соответствующих механизмов, чтобы обеспечивать ответственность всех

заинтересованных сторон за результаты действий, предпринимаемых для повышения справедливости. Работа в этом направлении может осуществляться с использованием указанных ниже подходов.

- Использование существующих или разработка новых законодательных актов, нормативов и меморандумов о взаимопонимании, чтобы установить ответственность заинтересованных сторон за реализацию согласованных целей в отношении социальной справедливости и охраны здоровья (включая контроль за выполнением связанных с этим требований).
- Повышение потенциала и возможностей существующих законодательных органов в плане обеспечения подотчетности всех заинтересованных сторон. Для достижения этой цели законодательные органы должны иметь доступ к компетентным и хорошо подготовленным экспертам в области общественного здравоохранения, регулярно составлять доклады о ходе работы, а также предлагать решения и меры, позволяющие исправить положение дел.
- Усиление роли отделов по разработке политики на уровне правительства и министерства здравоохранения в такой области, как сбор и обеспечение доступности данных о состоянии здоровья населения в разбивке по социально-экономическим факторам.
- Внедрение информационно-аналитических систем, которые обеспечивают сбор и использование широкого спектра данных из различных источников для создания информационной основы для аналитических разработок, отчетности и осуществления практических мер воздействия на социальные детерминанты. К используемым источникам данных относятся следующие: обследования домохозяйств, переписи населения, акты гражданского состояния (рождения, смерти и т.д.), данные, имеющиеся в учреждениях (например, журналы регистрации использования ресурсов), и анализы конкретных примеров.
- Заключение специальных соглашений с частным сектором (в промышленной или коммерческой сфере) относительно их вклада в работу, направленную на повышение социальной справедливости.





- Расширение и укрепление программ, поддерживающих усилия политических кругов, гражданского общества и профессиональных кругов по воздействию на детерминанты здоровья и достижению справедливости в отношении здоровья на местном и национальном уровнях.

6.3. Социальная справедливость и справедливость в отношении здоровья как индикаторы справедливого и устойчивого общества

Стратегическое руководство деятельностью в области социальных детерминант имеет большое значение не только с точки зрения предотвращения и смягчения последствий действий, которые, вероятно, приведут к росту несправедливости в отношении здоровья, но и с точки зрения возможности для позиционирования и поддержания здоровья и справедливости в отношении здоровья в качестве важных активов, которые способствуют реализации других социальных целей и ценностей (например, общих социальных благ).

Это объясняется тем, что многие из детерминант справедливости и несправедливости в отношении здоровья являются приоритетными вопросами для многих других секторов, а также для всего государства и общества. В частности, это касается таких вопросов, как социальная интеграция/сплоченность, сокращение бедности, устойчивое развитие и устойчивость местных сообществ к негативным воздействиям. Вышеуказанные цели служат объединяющей платформой для совместных действий на всех уровнях государства и общества. При должном внимании к равноправному распределению полезного эффекта такие действия принесут пользу многим секторам, в том числе в сфере здоровья и справедливости в отношении здоровья.

По этим причинам ключевой задачей в управлении с целью повышения справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты является формирование и поддержание политической поддержки справедливости в отношении здоровья в силу того, что она является одним из общественных благ.

Министерства здравоохранения и все другие организации и учреждения общественного здравоохранения играют ключевую роль в создании и поддержании убедительной базы

доказательств о том, что повышение социальной справедливости путем воздействия на социальные детерминанты имеет приоритетное значение не только для охраны здоровья населения, но и для достижения других государственных и общественных целей и устремлений. Для достижения этой цели можно использовать следующие подходы:

- создание и поддержание убедительной базы доказательств того, почему повышение социальной справедливости имеет приоритетное значение не только для охраны здоровья населения, но и для достижения других государственных и общественных целей и устремлений (что, естественно требует наличия соответствующего материально-технического и интеллектуального потенциала, включая необходимый объем фактических данных и аналитических расчетов, помогающих стимулировать дискуссии по этому вопросу в парламенте, в различных комитетах кабинета министров и в средствах массовой информации);
- использование совместных методов оценки в партнерстве с другими секторами и заинтересованными сторонами внутри и вне государственных структур, в том числе с местными сообществами. Они должны быть направлены на формирование общего понимания проблем и на поиск возможных путей преодоления социальных неравенств и улучшения здоровья населения.

6.4. Вовлечение местных жителей и местных сообществ позволяет улучшить дизайн и воздействие стратегий и инвестиционных моделей, направленных на улучшение здоровья населения и уменьшение социального неравенства

В настоящее время стратегии и политика зачастую разрабатываются при недостаточном понимании социальных, культурных и экономических реалий жизни малоимущих слоев населения. По этой причине проводимые мероприятия часто не соответствуют реальным условиям жизни людей и оказываются не в состоянии принести планируемую пользу тем, кто наиболее в этом нуждается. В некоторых случаях такие мероприятия непреднамеренно приносят более значительную пользу отдельным группам граждан, что еще более увеличивает разрыв в состоянии здоровья населения внутри стран.





Поэтому в настоящем докладе особо подчеркивается, что одним из ключевых направлений деятельности должно быть создание новых или усиление существующих инструментов и механизмов, обеспечивающих равенство мнений и точек зрения всех партнеров в процессе принятия решений. В частности, необходимо обеспечить учет дифференциальных потребностей маргинальных групп и групп риска, а также их участие не только в распределении ресурсов, но и процессах разработки, мониторинга и анализа стратегий, служб и мероприятий.

При этом стратегическое руководство для достижения справедливости в отношении здоровья также может внести вклад в поощрение и поддержку действий по повышению социальной интеграции и социальной справедливости в любом сообществе за счет следующих факторов:

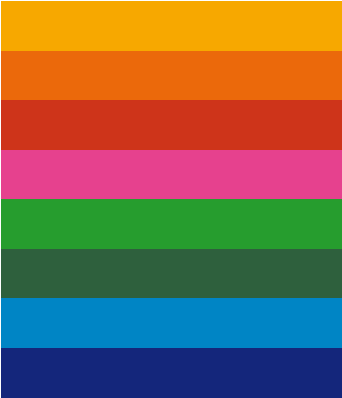
- оказание местным жителям и сообществам поддержки в наращивании потенциала для участия в принятии решений на местном уровне и в создании информационной основы, необходимой для разработки оптимальных стратегических и инвестиционных решений на местном и национальном уровнях;
- укрепление потенциала НПО и местных органов власти в такой области, как использование методов совместного планирования, которые способствуют улучшению здоровья населения и сокращению социальных неравенств;
- использование средств и инструментов для оказания поддержки действиям местных сообществ, направленным на выявление местных проблем и поиск путей их решения с полным учетом местных условий и данных;
- публичная отчетность о деятельности и прогрессе, что позволяет местным сообществам и другим заинтересованным сторонам иметь доступ к соответствующим данным и принимать участие в их обсуждении, а также в обсуждении любых новых задач, стоящих перед обществом;
- обеспечение высокой доступности данных и аналитических отчетов о состоянии здоровья населения, справедливости и социальных детерминантах – как на местном, так и на национальном уровнях.

6.5. Обмен информацией в рамках всей Европы


Обмен информацией в рамках всего Европейского региона следует поощрять с помощью инновационных подходов, тенденций и эффективных мер по повышению справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты, включая следующие:

- создание европейского реестра стратегий и систем стратегического руководства, направленных на улучшение ситуации посредством воздействия на социальные детерминанты;
- укрепление и расширение систем обмена полезными знаниями внутри и между странами, что будет способствовать более быстрому внедрению перспективных стратегий и управленческих подходов, направленных на решение проблемы неравномерного распределения социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья;
- повышение способности предвидеть и реагировать на вопросы, связанные с несправедливостью в отношении здоровья, которые могут возникнуть как следствие новых социальных, экономических, политических и культурных тенденций в обществе, используя для этой цели методы научного предвидения и перспективного анализа, включая моделирование будущих сценариев и анализ политики на основе сценариев, чтобы быстрее реагировать и адаптироваться к изменениям, которые могут повлиять на достижение стратегических приоритетов;
- посредническая деятельность и поддержка научно-исследовательских альянсов в сфере изучения стратегий воздействия на социальные детерминанты здоровья между восточной и западной и между северной и южной частями Европейского региона ВОЗ.





7. Использованные источники информации

- 
1. *Преодоление неравенства: важная роль управления*. Париж, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, 2009 г.
 2. Kickbusch I et al. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf , по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
 3. Европейская база данных “Здоровье для всех” [в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, обновление: июль 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 18 сентября 2013 г.).
 4. Европейская база данных “Здоровье для всех” [в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, обновление: январь 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 3 июня 2013 г.).
 5. *World health statistics 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>, accessed 15 October 2012).
 6. Hosseinpoor AR et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 2012, 12:474.
 7. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(11):1621–1635.
 8. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf, accessed 15 October 2012).
 9. Gwatkin DR. Reducing health inequalities in developing countries. In: Detels R, et al., eds. *Oxford textbook of public health*. Vol. 3, 4th ed. New York, NY, Oxford University Press, 2002:1791–1810.
 10. Lin V. Economic growth, economic decline and implications for health in all policies. *Public Health Bulletin SA*, 2010, 7(2):40–42.
 11. Marmot M. *Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, University College London Institute of Health Equity, 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 15 October 2012).

12. *Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1946 г. (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 1 марта 2014 г.)
13. *Всеобщая декларация прав человека*. Нью-Йорк, Нью-Йорк, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1948 г. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml) по состоянию на 1 марта 2014 г.)
14. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Резолюция 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН*. Женева, Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев 1966 г. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml, по состоянию на 1 марта 2014 г.)
15. Taipale I et al., eds. *War or health: a reader*. London, Zed Books, 2002.
16. UNECE et al. *The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf, accessed 15 October 2012).
17. *Towards human resilience: sustaining MDG progress in an age of economic uncertainty*. New York, NY, United Nations Development Programme, 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Towards_SustainingMDG_Web1005.pdf, accessed 15 October 2012).
18. Mackenback JP, Meerding WJ, Kunst AE. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Brussels, European Communities Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2007:4–5.
19. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74739/E90569.pdf, accessed 15 October 2012).
20. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *The economic case for public health action*. Maidenhead, Open University Press (in press).
21. Lister G et al. *The societal costs of potentially preventable illnesses: a rapid review*. London, National Social Marketing Centre, 2006.
22. Performance and single outcome agreements [web site]. Edinburgh, The Scottish Government, 2011 (<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Government/local-government/delperf/SOA>, accessed 15 October 2012).






23. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health, 2005.
24. *The Norwegian Public Health Act*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2011 (ACT-2011-06-24-29) (http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA_FOS/123.pdf, accessed 9 April 2012).
25. Roberts H, Smith SJ, Bryce C. *Children at risk? Safety as a social value*. Buckingham, Open University Press, 1995.
26. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, accessed 15 October 2012).
27. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 1992 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 15 October 2012) (EUR/ICP/RPD 414(2)).
28. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 2004, 33:115–131.
29. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007.
30. Whitehead M et al., eds. *Marshalling policy options and examples for tackling social determinants of inequalities in health. Report of an Expert Group Meeting hosted by the WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health*. Liverpool, University of Liverpool, 2007.
31. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 2012, 77:761–769.
32. *Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation*. London, National Audit Office, 2010 (<http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=51AFDB75-B6B9-4A21-9C6A-9E9475A66333&version=-1>, accessed 24 October 2012).
33. Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century. Policy brief no. 15*. Ottawa, ON, Institute on Governance, 2003 (http://iog.ca/sites/iog/files/policybrief15_0.pdf, accessed 10 November 2012).



34. *Closing the gap: policy into practice on the social determinants of health. Discussion paper.* Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf>, accessed 15 October 2012).
35. *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities.* Madrid, Ministry of Health and Social Policy of Spain, 2010 (http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud_en.pdf, accessed 10 November 2012).
36. Analysis of social determinants of health and health inequities – a multi-country event on approaches and policy [web site]. Košice, Pavol Jozef Šafárik University, 2009 (<http://www.lf.upjs.sk/omek/index.html>, accessed 10 November 2012).
37. NAO, Audit Commission. *Delivering efficiently: strengthening the links in public service delivery chains. Report by the Comptroller and Auditor General, prepared jointly by the National Audit Office and the Audit Commission (HC 940 Session 2005–2006).* London, The Stationery Office, 2006.
38. Dubé L et al. *Building convergence: toward an integrated health and agri-food strategy for Canada.* Ottawa, ON, The Canadian Agri-Food Policy Institute (CAPI), 2009 (http://www.capi-icpa.ca/pdfs/BuildingConvergence_Summary.pdf, accessed 9 April 2012).
39. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf) по состоянию на 1 марта 2014 г.).
40. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. White paper.* Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (IP/07/1571) (http://europa.eu/rapid/press-release_IP-07-1571_en.htm?locale=en, accessed 15 October 2012).
41. Valentine N et al. *Health equity at the country level: lessons from the CSDH on translating a complex agenda into action.* Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://190.210.115.167/curso/cursoesp/Textos%20Completos/health%20equity%20at%20the%20country%20level.pdf>, accessed 15 October 2012).
42. *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health.* Ottawa, ON, Public Health Agency of Canada, 2007.



8. Библио- графия



8th Baltic policy dialogue. Implementing integrated public health strategies to improve health and reduce health inequities. Vilnius, 2–3 November 2011 (Session 5: Addressing the social determinants of health – the state of policy response in the Baltic States). Vilnius, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? In: Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2.* Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, accessed 9 April, 2012).

First WHO European conference on the new European policy for health – Health 2020. Working together across sectors for health and well-being. 28–29 November 2011. Jerusalem, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/event/first-who-european-conference-on-the-new-european-policy-for-health-health-2020>, accessed 15 October 2012).

Здоровье, устойчивое развитие и сокращение масштабов бедности: международное консультативное совещание ВОЗ. Венеция, 25-27 ноября 2004 г. Венеция, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г.

Здоровье, устойчивое развитие и сокращение масштабов бедности: обзор тенденций и стратегий в Юго-Восточной Европе: форум знаний. Париж, 11-13 июля 2005 г. Париж, Совет Европы, Банк развития Совета Европы (БРСЕ), Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.

Opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

Pan-European macro-drivers: work, worklessness, social protection and health inequalities. Main issues, themes and futures scanning. London, Health Action Partnership International, 2012 (<http://www.equitychannel.net/uploads/EU%20Progress%20Working%20for%20Equity%20in%20Health%20-%20Macro-drivers%20paper.pdf>, accessed 15 October 2012).

Poverty and health technical consultation. Follow-up to Resolution EUR/RC52/R7. Venice, 29 November to 1 December 2007. Venice, WHO Regional Office for Europe, 2007.

Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf, accessed 15 October 2012).

Slovene national consultation on the interim findings and emerging themes from the WHO European review on social determinants and the health divide. Ljubljana, 6 December 2011. Ljubljana, Slovenian Ministry of Health, WHO Regional Office for Europe and University College London.

Social determinants and health: the role of national action plans in reducing health inequities. Report of a multi-country seminar: Helsinki, 17–18 November 2009. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/125339/e94410.pdf, accessed 15 October 2012).

Консультативное совещание ВОЗ для оказания странам поддержки в деятельности по решению вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья и неравенствами в отношении здоровья. Эдинбург, 3-5 декабря 2006 г. Эдинбург, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г.


Европейский форум по вопросам воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья. Новые методики и ноу-хау, варианты политики и опыт стран в формировании программы систематических действий в этой области. Лондон, 1-2 марта 2007 г. Лондон, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 г.





Приложение

Глоссарий основных терминов и определений

 **Детерминанты здоровья (determinants of health):** любые биологические, социальные, экономические и экологические факторы, которые оказывают существенное влияние на здоровье человека.

Зависимость от прошлого (path dependency): термин, используемый для указания на то, что сложившиеся в прошлом модели деятельности, в том числе в сфере принятия решений, способны оказывать влияние на будущее развитие событий. В частности, это означает, что несмотря на изменившиеся условия жизни, характер и тенденции нынешнего развития могут отражать особенности предшествующих систем.

Заниженность ожиданий (poverty of expectation): социальная детерминанта, которая характеризуется тем, что люди не ожидают, что их жизнь может измениться к лучшему, считая свою ситуацию безнадежной и непреодолимой. Такая психологическая установка может способствовать развитию порочного круга бедности.

Корректирующий контроль (corrective scrutiny): процесс контроля, направленный как на исправление ситуации, когда нежелательные явления или отклонения от запланированных результатов уже появились, так и на предотвращение развития аналогичных ситуаций в будущем.

Мониторинговая демократия (monitory democracy): это понятие можно охарактеризовать как систему реализации демократических принципов путем отслеживания и контроля практики осуществления власти, обеспечивая для этой цели доступность и прозрачность данных, относящихся к принятию и исполнению решений, затрагивающих наиболее важные аспекты жизни общества.

Мягкая власть (soft power): осуществление власти с помощью методов убеждения и вовлечения населения в добровольное сотрудничество с целью достижения желаемых целей.

Мягкое право (soft law): осуществление власти путем установления определенных норм и стандартов, соблюдение которых является социально желательным.

Неравенства (несправедливость) в отношении здоровья (health inequities): несправедливые и предотвратимые различия в состоянии здоровья и доступности

услуг здравоохранения среди различных групп населения, основной причиной которых являются социально-экономические условия (социальный статус, образование, род занятости, жилищные условия, уровень доходов и т.д.).

Общегосударственный подход (a whole-of-government approach): управленческий подход, основанный на том, что правительство активно использует формальные и неформальные связи между различными звеньями и учреждениями государственного аппарата для координации и повышения эффективности общих усилий, направленных на достижение целей, поставленных в той или иной области.

Предвидение (foresight): умение предвидеть различные варианты будущего развития событий и возможные последствия каждого из этих вариантов благодаря способности распознавать и анализировать малозаметные сигналы.

Причинные факторы неравенства в отношении здоровья (drivers of health inequities): социальные, экономические, экологические и политические условия, лежащие в основе существующих несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья внутри и между странами.

Развитие местных сообществ с максимальным вовлечением местного населения (подход CDD) community driven development (CDD): подход, разработанный Всемирным банком для расширения возможностей местных сообществ путем большего их вовлечения в процессы разработки стратегий, распределения ресурсов и принятия решений по вопросам, касающимся здоровья и жизни всех граждан.

Рефлексивное обучение (reflective learning): система обучения, направленная на развитие критического мышления, самосознания и аналитических навыков. Ее основные цели включают следующие: развитие навыков анализа имеющегося опыта с его разбивкой на наиболее значимые элементы, например, любые факторы, определяющие успех или неудачу стратегии или программы; рассмотрение связей между теорией и практикой; поиск путей повышения эффективности деятельности на основе результатов проведенного анализа и т.д.

Системное мышление (systems thinking): метод мышления основанный на убеждении, что составные части системы лучше всего познаются в контексте их





отношений друг с другом и с другими системами, а не в изоляции. Системное мышление дает возможность оценить любую проблему или ситуацию с разных точек зрения и выбрать наиболее эффективный путь решения проблемы или управления ситуацией.

Социальные детерминанты здоровья (social determinants of health): условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая наличие и доступность услуг здравоохранения. Эти условия определяются характером распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях, что, в свою очередь, зависит от характера принимаемых в стране политических решений. Неравномерное распределение социальных детерминант здоровья – это основная причина несправедливости в отношении здоровья, т.е. несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья населения внутри и между странами.

Справедливость в отношении здоровья (health equity): отсутствие систематических и предотвратимых различий в состоянии здоровья и в основных социальных детерминантах здоровья между группами населения, различающимися по социально-экономическим, демографическим или иным признакам. Другими словами, это понятие означает, что все люди должны иметь равные возможности для реализации максимально возможного потенциала здоровья. Для оценки уровня справедливости в отношении здоровья необходимо провести сравнение состояния здоровья в различных группах населения.

Стратегии побуждения (nudge strategies): стратегии, которые направлены на распространение информации и создание физических и социальных условий, способствующих формированию желаемых моделей поведения среди населения.

Стратегическое руководство (или стратегическое управление) (governance): это понятие охватывает все процессы управления и регулирования, относящиеся к взаимодействию государственных органов власти и негосударственных общественных организаций, к их отношениям с гражданами и к механизмам принятия решений. Термин “стратегическое руководство” часто используется для описания комплекса механизмов распределения властных полномочий, а также институциональных структур, правил и норм, с помощью которых разрабатываются и реализуются соответствующие стратегии и программы и обеспечивается необходимая подотчетность.

Укрепление здоровья (health promotion): применительно к общественному здравоохранению это понятие означает систематическую деятельность, направленную на повышение уровня здоровья населения. Важнейшие составляющие этой деятельности включают обеспечение граждан информацией, знаниями и другими ресурсами, необходимыми для сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья своих близких, а также меры по улучшению социально-экономических и экологических условий жизни

Эффект просачивания благ сверху вниз (trickle-down effect): теория о том, что положительные эффекты политики постепенно распространяются на все общественные группы и что, следовательно, социальные неравенства являются временной проблемой, которая будет уменьшаться и исчезать по мере усиления воздействия проводимых стратегий на все слои населения.

*Примечание переводчика: определения в настоящем глоссарии составлены в соответствии с контекстом и задачами данного доклада; поэтому при их использовании в других сферах человеческой деятельности они могут нуждаться в определенной модификации (составитель глоссария: Александр Шелепин).



Управленческие подходы к сокращению несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты направлены на повышение согласованности действий различных секторов и заинтересованных сторон таким образом, чтобы увеличить приток ресурсов, предназначенных для (а) сокращения неравенств в отношении здоровья и улучшения тенденций в этой области и (б) более равномерного распределения среди населения факторов, определяющих как возможность сохранения здоровья, так и степень риска и последствий болезней, включая преждевременную смерть.

**Европейское региональное бюро
Всемирной организация здравоохранения**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. почта: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 978-92-890-5071-5



9 789289 050715 >