



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

---

**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят первая сессия

EUR/RC61/Inf.Doc./6

**Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.**

18 августа 2011 г.

Пункт 6(а) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Стратегическое руководство в интересах  
здоровья в XXI веке: исследование,  
проведенное для Европейского  
регионального бюро ВОЗ**

## Содержание

	Стр.
Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ.....	i
Предисловие .....	iv
Выражение благодарности .....	v
Резюме.....	vii
1. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия в XXI веке .....	1
1.1 Главный предмет исследования .....	1
1.2 Движущие силы, обусловленные контекстом.....	5
1.2.1 Глобальная взаимозависимость: изменились условия, в которых осуществляется руководство здравоохранением.....	7
1.2.2 Сложность: изменилось и расширилось наше понимание здоровья .....	11
1.2.3 Совместное производство общественных благ: новая роль граждан и гражданского общества.....	14
2. Стратегическое руководство .....	17
2.1 Три основных вектора динамики стратегического руководства.....	17
2.1.1 Распределение руководства.....	19
2.1.2 Расширение мониторинга демократии.....	21
2.1.3 "Общая ценность" .....	25
2.2 Меняющийся характер формирования политики .....	29
3. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия .....	39
4. Надлежащее руководство в интересах здоровья и благополучия .....	46
4.1 Что такое надлежащее руководство? .....	46
4.2 Роль систем руководящих ценностей .....	48
4.3 Соотношение между ценностями и фактическими данными .....	53
5. Разумное руководство в интересах здоровья и благополучия.....	55
5.1 Введение в разумное стратегическое руководство.....	55
5.2 Пять типов разумного стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.....	58
5.2.1 Руководство через сотрудничество .....	58
5.2.2 Руководство через вовлечение граждан .....	66
5.2.3 Руководство через сочетание регламентирования и убеждения.....	72
5.2.4 Руководство через независимые учреждения и экспертные органы .....	79
5.2.5 Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения .....	83
6. Новое стратегическое руководство в интересах здоровья .....	88
6.1 Новая роль сектора здравоохранения .....	89
6.2 Политическое участие и лидерство.....	92
6.3 Выводы и рекомендации относительно новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020.....	93

Глоссарий.....	99
Библиография .....	103

© **Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на 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

Необходимость адаптации методов руководства обусловлена меняющимся характером общества, в котором мы живем, и теми проблемами, которые стоят перед ним. Моя задача как Регионального директора состоит в том, чтобы добиться выдвижения охраны здоровья на уровень главных и разделяемых всеми целей. Именно поэтому Европейское региональное бюро ВОЗ и поручило провести исследование по вопросу стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке.

В привычной нам системе взглядов на здоровье и его детерминанты и в подходах к воздействию на них произошел заметный сдвиг. Здесь рука об руку идут две сложные задачи: 1) руководство системой здравоохранения и укрепление систем здравоохранения – это то, что мы называем "руководством здравоохранением", и 2) совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, государственного и частного секторов и граждан во имя общих интересов – то, что мы называем "стратегическим руководством в интересах здоровья." Эта вторая задача и является предметом данного исследования.

Жизнь в "обществе знаний" означает, что сила и власть больше не сосредоточены в руках государства. Все более значительную роль начинают играть информированные граждане, честные и добросовестные коммерческие структуры, независимые учреждения и экспертные органы. Тем не менее, правительства и министерства здравоохранения по-прежнему остаются важными действующими субъектами в организации стратегического руководства в интересах здоровья, в установлении норм, предоставлении фактических данных и в "превращении выбора более здоровых альтернатив в более легкий выбор".

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

Для меня это чрезвычайно важное положение. Пути к хорошему и плохому здоровью могут быть непрямыми и труднопредсказуемыми, а само здоровье все чаще понимается как продукт сложных, динамичных отношений между ясно выраженными типами детерминант. Система здравоохранения одна не обладает инструментами, необходимыми для решения всех наших проблем здоровья.

Нужно, чтобы на самых высоких уровнях правительства и общества было признано, что здоровье является общей целью и что для ее достижения требуется согласованность действий. Данное исследование по вопросу стратегического руководства в интересах здоровья будет служить основой для Региональной политики Здоровье-2020, поскольку в нем показано движение правительств в этом направлении. Содержание исследования определила серия аналитических докладов, подготовленных видными экспертами, в которых содержатся дополнительные подробности относительно поднимаемых вопросов. Данное

исследование на втором этапе будет расширено и будет включать новые методические рекомендации, инструменты и примеры из реальной практики.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

## Выражение благодарности

Данное исследование было выполнено под руководством директора Программы глобального здравоохранения Университетского института международных исследований и развития Пола Kickbusch, Женева, Швейцария. Авторами текста документа являются Пола Kickbusch и David Gleicher, сотрудник проекта Global Health Europe.

Содержание исследования определили семь экспертных аналитических докладов, которые будут опубликованы позднее. Черновые варианты этих докладов можно получить в секретариате "Здоровье-2020" в Европейском региональном бюро ВОЗ. Ниже перечислены авторы и названия докладов:

- Г-н Edward Andersson, заместитель директора, Involve, Лондон, Англия. *Engagement in health: What role for the public and patients?*
- Профессор Maged N. Kamel Boulos, старший член Института инженеров по электротехнике и радиоэлектронике, адъюнкт-профессор, кафедра информатизации здравоохранения, факультет здравоохранения Плимутского университета, Англия. *Social media and Web 2.0: How will they impact governance for health?*
- Д-р Armin Fidler, ведущий консультант, Health Policy and Strategy, Human Development Network, Всемирный банк, г. Вашингтон, США, и г-жа Tünde Szabó, консультант по вопросам медико-санитарной помощи, ЮНЭЙДС, Женева, Швейцария. *Bridging the gap: Governance challenges for the health sector in the countries of CEE and the former Soviet Union.*
- Д-р David McQueen, старший научный сотрудник по биомедицинским исследованиям и помощник директора по вопросам укрепления здоровья населения мира, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Атланта, шт. Джорджия, Соединенные Штаты Америки. *Value base, ethics and key challenges of health governance for health protection, prevention and promotion.*
- Профессор Vural Ozdemir, адъюнкт-профессор, Центр геномики и политики, кафедра генетики человека, медицинский факультет, университет Мак-Гилл, Монреаль, Квебек, Канада; В.М. Knoppers, директор, Центр геномики и политики, Центр исследований публичного права, юридический факультет, Монреальский университет, Монреаль, Квебек, Канада. *From government to anticipatory governance: Responding to the challenges of innovation and emerging technologies.*
- Д-р Olivier Raynaud, старший директор, руководитель, Global Health and Healthcare Industries, World Economic Forum, Женева, Швейцария. *Health governance in the 21st century: Transforming the way we manage health.*
- Профессор Göran Tomson, профессор кафедры научных исследований в области международных систем здравоохранения, отделение глобального здравоохранения

(IHCAR), Karolinska Institutet, и директор докторантуры центра медицинского менеджмента, отдел образования, информатики, менеджмента и этики (LIME), Karolinska Institutet, Стокгольм, Швеция; г-жа Jessica Pafs, отделение глобального здравоохранения (IHCAR), Karolinska Institutet, Стокгольм, Швеция; и Anders. Diseberg, центр медицинского менеджмента, отдел образования, информатики, менеджмента и этики (LIME), Karolinska Institutet, Стокгольм, Швеция. *The challenges of multi-level governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe.*

Авторы выражают благодарность всем, кто прислал ценные отзывы об этом исследовании, в частности, Agis Tsouros, Erio Ziglio, Matthias Wismar, Richard Alderslade, Srđan Matic, Ann-Lise Guisset, Amiran Gamkrelidze, Mihaly K ok eny, Thomas Zeltner, Harry Burns, Gaudenz Silberschmidt, Piroška Ostlin и R udiger Krech. Исследование не могло бы быть выполнено без поддержки группы по реализации проекта, поэтому особой благодарности заслуживают Michaela Told, Kristina Petrova и Monika Rimmele. Определение понятия "стратегическое руководство в интересах здоровья" было сформулировано во многом благодаря работе S. Bell и A. Hindmoor (2009).

Исследование финансировалось Федеральным ведомством общественного здравоохранения в структуре Федерального департамента внутренних дел правительства Швейцарии.

## Резюме

В настоящем исследовании "стратегическое руководство в интересах здоровья" определяется как "стремление органов государственного управления (правительств) или других действующих субъектов руководить сообществами, странами или группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как "общегосударственный подход", так и "подход на основе участия всего общества". Здоровье и благополучие рассматриваются в концепции стратегического руководства в интересах здоровья как главные элементы того, что составляет процветающее общество и динамично развивающуюся экономику в XXI веке, а стратегии и подходы строятся на фундаменте таких ценностей, как права человека и социальная справедливость. Стратегическое руководство в интересах здоровья предполагает создание условий для совместных действий сектора здравоохранения и секторов, не имеющих отношения к здравоохранению, государственного и частного секторов и граждан во имя общих интересов. Для него требуется целый набор стратегий, взаимно усиливающих друг друга, многие из которых распространяются на секторы, не занимающиеся здравоохранением, и на секторы, не входящие в систему государственного управления, и эти стратегии должны опираться на структуры и механизмы, дающие возможность осуществлять сотрудничество. Концепция стратегического руководства в интересах здоровья решительно подтверждает логичность и обоснованность существования министров и министерств здравоохранения и учреждений общественного здравоохранения и облегчает им выполнение задач по налаживанию сотрудничества с другими заинтересованными партнерами и выполнению новых функций по формированию стратегий, направленных на укрепление здоровья и благополучия.

## Стратегическое руководство

В XXI веке здоровье – это прежде всего сами люди и то, как они живут и как заботятся о здоровье в условиях своей повседневной жизни. Это требует нового взгляда на стратегическое руководство охраной здоровья и благополучия. Сегодня многие дискуссии об "учете интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики" и о межсекторальных действиях по охране здоровья начинаются с позиций здравоохранения, а дальше строятся на фактических данных, которые свидетельствуют о том, что наиболее важные детерминанты здоровья находятся в других секторах, а не в секторе здравоохранения. В данном исследовании мы намеренно вначале рассматриваем главные изменения, которые произошли в стратегическом руководстве, чтобы показать место проблем, угрожающих здоровью, в более широком контексте общества. Многие из этих проблем отражают коренной сдвиг от индустриального общества к обществу знаний. Вывод из рассмотрения этих изменений состоит в том, что во всех областях политики – не только в политике здравоохранения – возникла необходимость реформировать методы практической работы и опробовать новые подходы к формированию и реализации политики на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях. Необходимо понять сущность этого общего сдвига в современных процессах формирования политики, чтобы внедрить общегосударственный подход к охране здоровья и подход на основе участия всего общества. Здравоохранение – не единственная область политики, в которой требуется осуществлять действия в других секторах, и именно это открывает возможность для принятия взаимно усиливающих друг друга стратегий по всем направлениям.

Новые подходы к руководству обусловлены меняющимся характером проблем, встающих перед обществом XXI века, и охрана здоровья является лишь одной из них, причем не всегда приоритетной. Но большинство этих проблем оказывают значительное и пока не достаточно принимаемое во внимание влияние на здоровье. В число таких

проблем входят системные потрясения, например, природные катастрофы и вспышки заболеваний, а также более длительные процессы, такие как урбанизация, эпидемиологический и демографический переходы, необеспеченность продовольствием, изменение климата и расширение экономического неравенства. Уникальной особенностью нашего времени являются синергетические глобальные взаимосвязи между этими крупномасштабными проблемами (а также возможностями) и взаимозависимость большинства их решений. Сложность этих так называемых "каверзных проблем" требует системных подходов и согласованных коллективных ответных мер на всех уровнях и будет заставлять руководителей, формирующих политику, преодолевать ведомственную разобщенность и изоляцию.

Результатом этого стало рассредоточение руководства и переход от модели централизованного государственного руководства к модели сотрудничества, при которой руководство является продуктом совместной деятельности широкого круга субъектов, действующих на уровне государства (например, министерства, парламенты, ведомства, государственные органы, комиссии), на уровне общества (например, коммерческие предприятия, граждане, местные группы граждан, глобальные средства массовой информации, в том числе объединенные в сети социальные СМИ, и фонды) и на наднациональном уровне (например, Европейский союз, Организация Объединенных Наций). Этот сдвиг в системе руководства отражается в разнообразных подходах к охране здоровья, причем вопросы окружающей среды и охраны здоровья часто находятся на первом плане в процессах с участием многих заинтересованных сторон. Руководство также все больше рассредоточивается по вертикали между уровнями от местного до глобального, и поэтому региональные и местные действующие субъекты приобретают все большую значимость, а эффективное многоуровневое руководство становится таким же важным, как и руководство, рассредоточенное по горизонтали между секторами, и с участием широкого круга заинтересованных сторон. Исследования показывают, что рассредоточение руководства не является "игрой с нулевой суммой" между государством и обществом, а напротив, может дать государству выигрыш в виде повышения его эффективности. По мере того, как власть становится все более рассредоточенной в обществе, роль государства меняется, но остается критически важной и даже распространяется на новые области.

**Ключевые тезисы: руководство и контекст, в котором оно осуществляется**

- Сектор здравоохранения, переживающий трудности в сфере руководства, не является исключением: важные сдвиги происходят во всех секторах.
- Движущими силами, обусловленными контекстом, являются взаимозависимость, сложность, совместное производство общественных благ и переход Европы от индустриального общества к обществу, в котором главной силой становятся знания.
- Решение "каверзных проблем" требует системных подходов, которые предполагают широкое участие различных секторов общества и руководство на многих уровнях, от местного до глобального, при возрастающей значимости регионального и местного уровней.
- Новый контекст ведет к новой динамике руководства – рассредоточению, демократизации и общей ценности.
- Здоровье является одним из важнейших макроэкономических факторов и все в большей мере становится одним из ключевых элементов моделей и стратегий бизнеса. Коммерческие предприятия должны переориентироваться на стратегии, построенные на общей ценности, и это может повысить их конкурентоспособность наряду с достижением прогресса в решении социальных вопросов.
- Роль государства в осуществлении руководства остается решающей и во многих сферах современной жизни даже расширяется.

## **Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия**

Меняются теории не только о том, как государство и общество совместно осуществляют функции руководства, но и о том, как они воспринимают здоровье и как воздействуют на его детерминанты. Рука об руку идут две сложные задачи: 1) руководство системой здравоохранения и укрепление систем здравоохранения – это то, что мы называем "руководством здравоохранением", и 2) совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, государственного и частного секторов и граждан во имя общих интересов, т.е. то, что мы называем "стратегическим руководством в интересах здоровья." Здоровье стало одним из важнейших макроэкономических и политических факторов во всех сферах общества, и в результате органы государственного управления, деловые круги, сообщества и обычные граждане все активнее вовлекаются в стратегическое руководство в интересах здоровья. Здоровье по-разному и многими путями затрагивает их интересы. Здоровье считается правом человека, неперменной составляющей благополучия, глобальным общественным благом и вопросом социальной справедливости и равенства. Здоровье также все больше признается ресурсом и сферой ответственности ("объектом собственности") других систем, таких как экономика, охрана окружающей среды, образование, транспорт и продовольственная система. Все большее признание завоевывает трактовка здоровья как одного из ключевых факторов экономического процветания общества знаний.

Здоровье и благополучие являются важнейшими составляющими надлежащего руководства в государстве и как таковые представляют социальную ценность сами по себе. Это особенно заметно отражается в ценности всеобщего доступа к медико-санитарной помощи. Стратегическое руководство в интересах здоровья также ориентируется на такие социальные ценности, как права человека, социальная справедливость, благополучие и глобальные общественные блага – элементы "системы ценностей", в рамках которой нужно действовать. Эти ценности отражены во многих разрабатываемых стратегиях на национальном, европейском и глобальном уровне. Все большее признание получает тот факт, что наибольший эффект в воздействии на главные факторы нездоровья и на главные ресурсы здоровья дает вовлечение других секторов, помимо сектора здравоохранения, и других действующих субъектов посредством принятия стратегий и инициатив на всех уровнях руководства, с участием или без участия сектора здравоохранения. В некоторых странах правительства приобрели в этом большой опыт. Наднациональные органы взаимодействуют также с субъектами за пределами юрисдикции отдельного государства. На местном уровне города применяют широкий спектр инновационных инструментов реализации политики для улучшения здоровья и благополучия. В деловом секторе в качестве новой модели ведения бизнеса признается вложение средств в здоровье работников и программы, осуществляемые в интересах местных сообществ, а также в полезные для здоровья изделия и услуги. Первый опыт свидетельствует о том, что коммерческие предприятия могут сформировать "общую ценность", если будут осуществлять стратегии, направленные на укрепление своих преимуществ в конкурентной борьбе, одновременно проявляя социальную ответственность и поддерживая социальное развитие. В предстоящее десятилетие это будет одной из главных задач, особенно ввиду глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний.

Для стратегического руководства в интересах здоровья требуется целый набор стратегий, взаимно усиливающих друг друга, многие из которых применяются в секторах, не занимающихся здравоохранением и не входящих в систему государственного управления, и должны опираться на структуры и механизмы, облегчающие сотрудничество. Определяющим фактором является вовлечение людей. Концепцию "стратегического руководства в интересах здоровья" можно лучше всего представить как кульминацию трех волн в расширении политики здравоохранения от межсекторальных действий к государственной политике, учитывающей интересы здоровья, а от нее к принципу "учета интересов здоровья во всех направлениях политики", и все эти волны

теперь интегрированы в общегосударственном подходе и подходе к охране здоровья и благополучия на основе участия всего общества. В этих подходах не только делается упор на улучшение координации и интеграции деятельности государства в области охраны здоровья: предусматривая выход за пределы системы государственного управления, они вместе с другими подходами способствуют достижению главных общих целей общества, таких как процветание, благополучие, социальная справедливость и устойчивость. Они включают подотчетность за состояние здоровья и справедливости, для чего применяются разнообразные механизмы мониторинга.

**Ключевые тезисы: стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия**

- Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия является краеугольным камнем надлежащего руководства в государстве; оно ориентируется на систему ценностей, в которой здоровье является одним из прав человека, глобальным общественным благом, составляющей благополучия и вопросом социальной справедливости.
- Расширенное понимание здоровья включает трактовку здоровья как нового объекта собственности многих систем общества; поэтому для охраны здоровья требуется осуществлять действия во многих системах, иногда с участием, иногда без участия сектора здравоохранения.
- Эту реальность отражают общегосударственный подход и подход 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 всему обществу.
- Стратегическое руководство в интересах здоровья основывается на опыте межсекторальных действий, государственной политики, учитывающей интересы здоровья, и учета интересов здоровья во всех направлениях политики, приобретенном в области здравоохранения.

Научные исследования показывают, что для охраны здоровья и благополучия нужно сочетание нескольких подходов к руководству – иерархических, рассредоточенных и с широким участием заинтересованных сторон. Во многих документах, посвященных вопросам политики, отмечается, что такое сочетание может быть примерно в два раза эффективнее, чем самое эффективное вмешательство, осуществленное отдельно. В то время как одни страны для решения проблем здоровья в XXI веке усилили и расширили свою деятельность в области общественного здравоохранения, другим еще предстоит начать движение в этом направлении. В настоящем исследовании, в основу которого положен обзор конкретных примеров из практики применения новых подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья, приводится пять предложений, касающихся "разумного" руководства в интересах здоровья, которые должны быть объединены в общегосударственном подходе и подходе на основе участия всего общества.

**Руководство через сотрудничество: сотрудничество как новый императив.** В данном исследовании показано, что из богатой литературы о руководстве на основе сотрудничества можно извлечь немало полезных уроков, в частности: о необходимости всесторонне продумывать процесс и схему сотрудничества, о добродетельном круге коммуникации, доверия, приверженности и понимания, о выборе инструментов и механизмов и о прозрачности и подотчетности.

**Руководство через вовлечение граждан: государственная политика больше не может просто предлагаться в готовом виде.** В исследовании показано, что для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное производство этого общественного блага, а также участие и сотрудничество граждан, потребителей и пациентов. Поскольку руководство становится все более рассредоточенным 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. Такие технические новинки, как "смартфоны" и объединенные в сети социальные СМИ расширяют возможности граждан и изменяют образ действия государственных органов и систем здравоохранения, например, через внедрение цифрового и мобильного здравоохранения. При новых и сложных отношениях между государством и обществом широкое участие заинтересованных сторон, прозрачность и подотчетность становятся двигателями инноваций.

**Руководство через сочетание регламентирования и убеждения: руководство становится более подвижным, многоуровневым, с вовлечением большего числа заинтересованных сторон и более адаптивным.** В исследовании показано, что традиционные иерархические средства руководства все больше и больше дополняются другими механизмами, такими как "мягкая власть" и "мягкое право", влияние которых во взаимозависимом мире все время расширяется. К числу механизмов относятся саморегулирование, руководство через убеждение, альянсы, сети и открытые методы координации, а также новая роль граждан в мониторинговой демократии. В настоящее время ввиду возрастающего интереса к "стратегиям подталкивания" критически анализируются такие подходы к укреплению здоровья, как "превращение выбора более здоровых альтернатив в более легкий выбор". Одновременно более распространенными становятся иерархические многоуровневые регламентирующие документы, которые охватывают уровни от глобального до местного, например, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (ВОЗ, 2003 г.) и многие регламенты Европейского союза, равно как и нормативы, затрагивающие множество аспектов образа жизни и поведения людей.

**Руководство через новые независимые учреждения и экспертные органы: в обществе знаний фактические данные имеют решающее значение.** В исследовании показано, что, как и в других сферах руководства, все более важную роль играют независимые экспертные органы, такие как федеральные учреждения, комиссии, инспекции и аудиторские организации, которые выполняют функции предоставления фактических данных, контроля за соблюдением этических рамок, расширения подотчетности и укрепления норм демократического руководства в области здравоохранения в таких вопросах, как неприкосновенность личной жизни, оценка риска, контроль качества и оценка медицинских технологий и воздействий на здоровье. Значение этих органов возрастает по мере того, как мы приближаемся к обществу знаний и ускоряется внедрение инноваций. В литературе, однако, говорится также и о том, что нам необходимо улучшить нашу систему показателей, например, за счет включения в нее как объективных, так и субъективных показателей, чтобы отражать все то, что происходит с большинством людей и с наиболее неблагополучными группами.

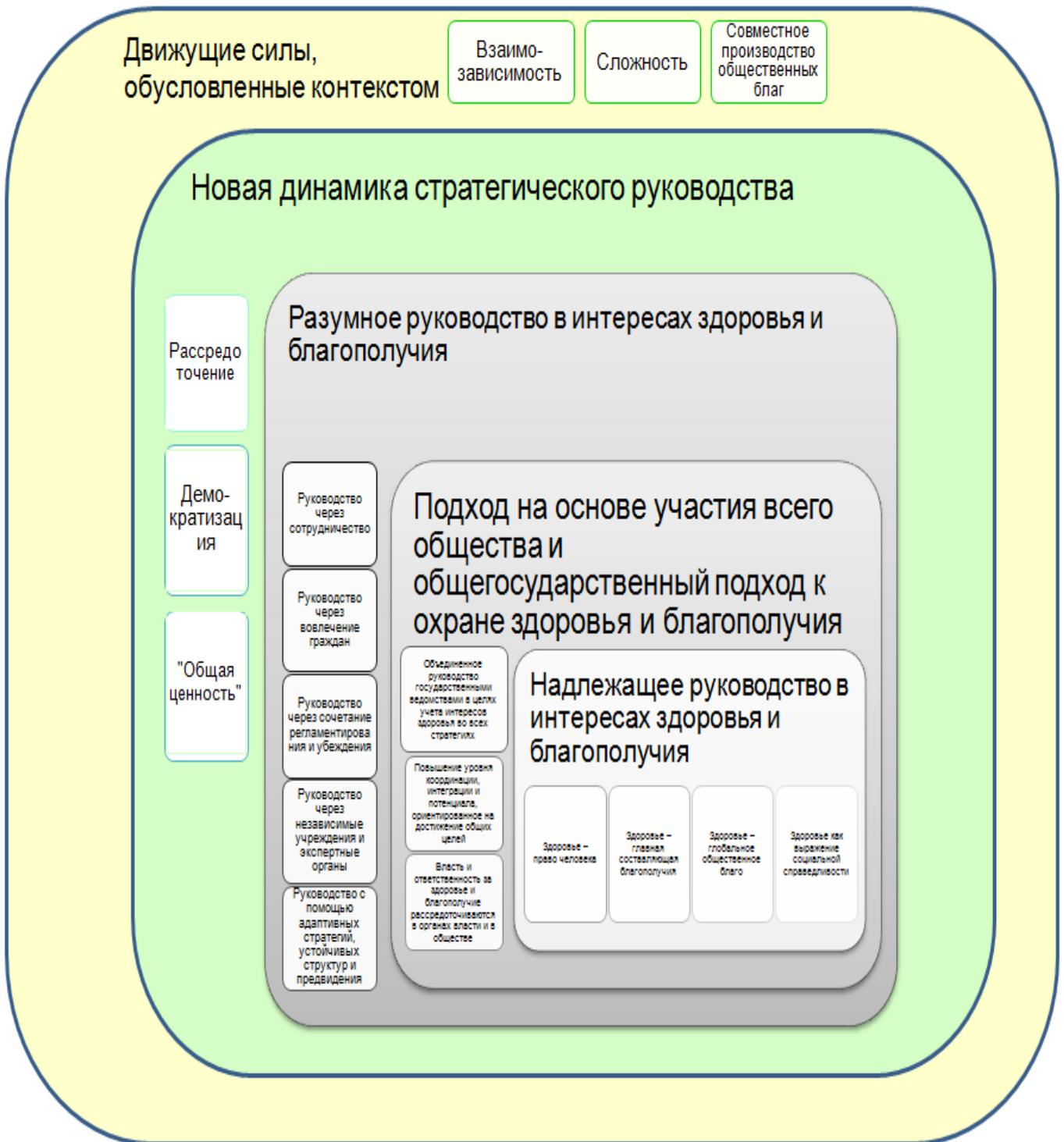
**Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения: у "каверзных" проблем не бывает простых причин или решений.** В исследовании показано, что общегосударственный подход и подход к охране здоровья на основе участия всего общества должны быть адаптивными и в них должны отражаться характеристики сложности; децентрализация принятия решений и образование самоорганизующихся социальных сетей должны дать заинтересованным сторонам возможность оперативно и по-новому реагировать на непредвиденные события. Вмешательства должны носить повторяющийся характер и объединять в себе непрерывную учебу, собирание знаний и обмен ими между многими заинтересованными сторонами, а также предусматривать механизмы автоматической корректировки

политики или инициирования дискуссий, особенно если крупномасштабные вмешательства в одной области могут вызвать непреднамеренные последствия в другой. Учитывая долговременный характер многих проблем здоровья, руководство по принципу опережения событий также требует новых методов прогнозирования. Исследования подтверждают целесообразность поддержки и распространения практики, применяемой во многих сетях, при которой для решения одной и той же проблемы осуществляются разнообразные вмешательства в менее крупных масштабах на местном и общинном уровнях. Руководство по принципу опережения событий, поддерживаемое механизмами предвидения, в которых участвует широкий круг заинтересованных сторон, может также приводить к повышению способности общества к восстановлению нормального функционирования, поскольку при таком принципе руководства акценты в политике могут смещаться с "рисков" на решение более фундаментальных, системных проблем и могут совместно обсуждаться социальные аспекты (например, ценности) государственной политики и науки (например, фактические данные).

**Ключевые тезисы: разумное стратегическое руководство в интересах охраны здоровья и благополучия (рис.1)**

- Разумное стратегическое руководство в интересах охраны здоровья и благополучия уже практикуется в Европе и во многих других регионах мира. Органы государственного управления уже начинают подходить к такому стилю руководства по-новому, применяя инновационные методы.
- В разумном стратегическом руководстве в интересах здоровья и благополучия отражается то, как органы государственного управления стратегически решают проблемы здравоохранения, их выбор в отношении того, какое следует использовать сочетание "жестких" и "мягких" инструментов, с каких позиций они подходят к той или иной проблеме и к выбору партнеров для ее решения, каких партнеров и на каких уровнях государственного управления и общества они выбирают для сотрудничества и когда они это делают.
- На основании изучения конкретных примеров из практики применения новых подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья предлагается для рассмотрения пять типов разумного стратегического руководства в интересах охраны здоровья, которые должны быть объединены в общегосударственном подходе и подходе на основе участия всего общества:
  - Руководство через сотрудничество
  - Руководство через вовлечение граждан
  - Руководство через сочетание регламентирования и убеждения
  - Руководство через независимые учреждения и экспертные органы
  - Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения

Рис.1. Разумное руководство в интересах здоровья и благополучия



Источник: авторы.

## **Выводы и рекомендации для процесса Здоровье-2020**

### **1. Место здравоохранения в обществе**

Прежде всего, обеспечение здоровья и благополучия людей должно быть целью всей системы государственного управления и всего общества. Поэтому новая европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020 должна предусматривать вовлечение партнеров из других секторов, чтобы можно было выходить на сотрудничество с главами правительств, депутатами парламента, лидерами частного бизнеса, мэрами городов и европейскими гражданами. Укреплению такой стратегии выхода за рамки сектора здравоохранения могло бы послужить создание новой инновационной платформы для политики Здоровье-2020.

### **2. Политика должна строиться на базе новой системы показателей**

Для обеспечения более эффективного руководства общегосударственный подход и подход на основе участия всего общества требуют знания сложной динамики здоровья и его детерминант. Политика Здоровье-2020 может активно содействовать оказанию помощи государствам-членам в определении новых мер оценки здоровья и благополучия, основанных как на объективных, так и на субъективных данных, и в обеспечении социальной справедливости и устойчивости как фундамента политики. Эти меры включают в себя новые инструменты прогнозирования для руководства по принципу опережения событий и новые типы отчетов о состоянии здоровья населения с новыми показателями; для постоянного сбора строго достоверных фактических данных о воздействии широкого спектра стратегий и направлений политики на здоровье и о воздействии здоровья на другие направления политики можно было бы инициировать ведение систематических работ, например, создать центр по сбору, классификации и распространению информации.

### **3. Официально утвержденные процессы для реализации общегосударственных подходов**

Для того, чтобы успешно решать проблемы здоровья и благополучия, в системе государственного управления нужны официально утвержденные общегосударственные структуры и процессы, облегчающие решение задач на межсекторальном уровне и компенсирующие неравномерное распределение власти. В политике Здоровье-2020 могли бы быть предложены инновационные подходы (например, те, что рассматриваются в данном исследовании) к преодолению границ между секторами и ведомствами и к составлению бюджетов, финансированию и мониторингу прогресса в государствах-членах. Политика Здоровье-2020 могла бы поддержать министерства здравоохранения и учреждения общественного здравоохранения в пропаганде и отстаивании необходимости того, чтобы органы государственного управления занимались решением "каверзных" проблем, применяя сочетание "жестких" и "мягких" механизмов руководства – от законодательства до убеждения и материального стимулирования, а также создавая для других секторов мотивацию к участию в охране и укреплении здоровья. Подобные инициативы включают укрепление организационно-кадрового потенциала путем организации (совместно с учебными заведениями в области общественного здравоохранения, бизнеса и государственной политики) обучения представителей различных секторов методам стратегического руководства в интересах здоровья с целью формирования нового профессионального состава кадров, обладающих системным мышлением и навыками исследования сложных систем.

#### **4. Инновационные партнерства для реализации подходов на основе участия всего общества**

Многие современные проблемы здравоохранения можно было бы решать более успешно с помощью подходов на основе участия всего общества, которые включают гражданское общество и частный сектор, а также средства массовой информации. Политика Здоровье-2020 может помочь министерствам здравоохранения и учреждениям общественного здравоохранения в установлении связей с людьми в системе государственного управления и в других сферах общества, чтобы находить совместные решения. В рамках политики Здоровье-2020 могут быть предложены новые программы, сети и инициативы, направленные на привлечение многих разнообразных заинтересованных партнеров, в первую очередь граждан во всех странах Европы, и на исследование новых механизмов стимулирования. Заинтересованные партнеры могли бы совместно определить и реализовать новые средства оценки подотчетности и воздействия на здоровье, например, вклад в "след, оставленный на европейском здоровье". Прекрасной лабораторией для исследования полезности такого новшества была бы Сеть ВОЗ "Здоровые города".

#### **5. Приверженность принципам "информированного гражданина" и участия граждан**

Сектор здравоохранения должен безоговорочно поддерживать принцип самого широкого участия граждан, который заложен в природе разумного стратегического руководства в интересах здоровья. В рамках политики Здоровье-2020 можно было бы инициировать процесс диалога с гражданами Европы по вопросам охраны здоровья и благополучия, используя новые технологии в области информации и связи. Можно было бы также привлечь министерства здравоохранения к разработке стратегии развития гражданского общества, инициатив по открытости данных и созданию систем контроля, обеспечивающих более высокий уровень подотчетности перед общественностью за охрану здоровья во всех секторах. Сюда входят методы электронного (*e-gov*), информационного (*i-gov*) и мобильного (*m-gov*) государственного управления, а также комплексная стратегия повышения уровня санитарной грамотности.

#### **6. Глобальное видение**

Новым стратегическим руководством в интересах здоровья должны быть охвачены все уровни руководства – от местного до глобального. В рамках политики Здоровье-2020 мог бы быть инициирован процесс, посредством которого лица, вырабатывающие политику на разных уровнях, будут объединять свои усилия в поисках действий в ответ на взаимозависимые проблемы, используя сложившееся сотрудничество между различными уровнями ВОЗ. Для этого потребуются поддержать новые процессы дипломатии здравоохранения, способствующие повышению согласованности действий между такими секторами, как внешняя политика, торговля, сельское хозяйство, развитие и здравоохранение.

#### **7. Региональное бюро: ориентация на работу с партнерами и на местах, инновационные методы и оказание поддержки**

Сектор здравоохранения может поддерживать другие секторы государственного управления путем оказания им помощи в определении стратегий и достижении целей. В рамках политики Здоровье-2020 можно было бы инициировать работу по сбору примеров как наиболее успешного, так и неудачного опыта в применении инновационных методов для достижения общих целей в Европейском регионе и во всем мире. Широкому внедрению таких инновационных методов могли бы способствовать регулярные встречи с министрами здравоохранения, руководителями учреждений и ведомств общественного здравоохранения и представителями других секторов. Региональное бюро могло бы использовать при этом модели долгосрочного сотрудничества с другими секторами, которые сложились, например, в ходе реализации Европейского процесса "Окружающая

среда и охрана здоровья", и опыт своей деятельности в области пищевых продуктов и охраны здоровья, а также методы работы через сети, такие как Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Сеть школ, содействующих укреплению здоровья.

#### **8. Совместная приверженность инновационным методам стратегического руководства**

Наконец, планируется, что в контексте политики Здоровье-2020 государства-члены и Региональное бюро:

- Иницируют процесс оценки и мониторинга прогресса в стратегическом руководстве в интересах здоровья в Европейском регионе. В ходе последующей работы в развитие данного исследования следует выработать критерий инновационности в стратегическом руководстве в интересах здоровья, основанном на общегосударственном подходе и подходе на основе участия всего общества. Раз в два года Региональному комитету будет представляться отчет об инновациях в стратегическом руководстве в интересах здоровья. Критерий будет строиться на выводах второй фазы данного исследования, которая будет представлять собой обзор опыта в области инновационного стратегического руководства в интересах здоровья в соответствии с принципами разумного стратегического руководства, изложенными в настоящем исследовании.
- Рассмотрят вопрос об учреждении многопрофильного Европейского института стратегического руководства в интересах здоровья, который, подобно Южноамериканскому институту стратегического руководства здравоохранением (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud), созданному недавно Союзом южноамериканских наций, будет служить для государств-членов Европейского региона ВОЗ центром информационно-методических ресурсов при переориентации на разумное стратегическое руководство в интересах здоровья. С этой целью институт будет способствовать развитию лидерства, организовывать политические дебаты, осуществлять подготовку специалистов и научные исследования совместно с национальными институтами по многим дисциплинам.

## 1. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия в XXI веке

### Об исследовании

Результаты данного исследования будут использоваться непосредственно при подготовке новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 и послужат основой для той части Европейского обзора социальных детерминант и различий в показателях здоровья, которая будет касаться стратегического руководства. Главное внимание в настоящем исследовании уделяется тому, какие изменения происходят в стратегическом руководстве в интересах здоровья и благополучия для того, чтобы соответствовать новым вызовам и обстоятельствам в XXI веке, каковы движущие силы изменений в том, как государства и общество осуществляют руководство в интересах здоровья и каким образом органы государственного управления могут действовать для перехода к более разумному стратегическому руководству в интересах здоровья через сотрудничество. В основе исследования лежит обзор, проведенный в период с января по июнь 2011 г. Кроме того, ведущими экспертами в данной области было выполнено еще семь исследований. Выводы из их отчетов включены в настоящее исследование и будут представлены в качестве отдельных сопроводительных справочно-аналитических документов. В ходе сопутствующего исследования по изучению социальных детерминант и различий в показателях здоровья, которое в настоящее время проводится под руководством Michael Marmot, будет глубоко и обстоятельно рассмотрен вопрос о социальной справедливости в отношении здоровья и о том, как ее обеспечить путем улучшения стратегического руководства.

### 1.1 Главный предмет исследования

Как европейские страны пожелают определять успех с течением времени в нынешнем столетии? Какую роль будет играть здоровье? Все больше признается, что узких экономических показателей, таких как рост валового внутреннего продукта, будет недостаточно. Например, в рекомендациях Комиссии по измерению эффективности экономики и социального прогресса (Stiglitz et al., 2010) говорится, что мы неправильно оцениваем свою жизнь и что успешность нашего общества нужно также оценивать с точки зрения возросшего уровня здоровья и благополучия граждан и качества их жизни, а также с точки зрения устойчивой эксплуатации ресурсов, в частности, в области окружающей среды и экономики. При таком взгляде на вещи здоровье не только приобретает значимость для многих сфер общества и политики, но и становится определяющим фактором надлежащего руководства в государстве. Мы должны придавать ценность тому, что действительно важно для нас. Главными ресурсами общества знаний являются люди, их потенциал и способности, поэтому вложение средств в их здоровье и их образование имеет решающее значение – судьбы наций зависят от здоровья их населения.

Стратегическое руководство касается того, как взаимодействуют между собой правительства и другие организации общества, какие у них отношения с гражданами и как в сложном мире принимаются решения (Graham et al., 2003). Рассматриваемая в настоящем исследовании ключевая идея заключается в том, что главные изменения, происходящие в системе стратегического руководства в XXI веке, проявляются также в отношении к здоровью и руководству охраной здоровья и имеют решающее значение для улучшения показателей здоровья в предстоящие десятилетия. Эти изменения включают три движущие силы, обусловленные контекстом – взаимозависимость, сложность и совместное производство общественных благ, и три новых вектора в динамике стратегического руководства, которые мы кратко охарактеризовали как рассредоточение, демократизацию и "общую ценность". Еще в 2001 г. Организация экономического

сотрудничества и развития (ОЭСР) в своем докладе о стратегическом руководстве в XXI веке (OECD, 2001) отметила, что:

- Старые формы руководства как в государственном, так и в частном секторе становятся все менее эффективными.
- Новые формы стратегического руководства будут связаны с гораздо более широким кругом участников; в частности, они все в большей степени зависят от участия объектов руководства.
- Возникают новые формы лидерства, которые постоянно изменяют распределение власти и которые ослабляют централизованные структуры с нисходящим вектором принятия решений.

В возрастании роли здоровья в обществе нет ничего нового: это обычно проявляется в критические моменты социальных перемен, например, при возникновении индустриального общества в XIX веке и появлении государства всеобщего благоденствия в Европе после Второй мировой войны. В Европе в последние 150 лет здоровье не только определяло облик современного национального государства и его социальных институтов, но и служило приводным двигателем социальных движений, определяло права граждан и способствовало формированию современной личности с ее устремлениями. В эпоху индивидуализации здоровье заняло центральное место (Kickbusch, 2007). Для многих доступ к услугам здравоохранения и медицинской помощи стал синонимом социального прогресса и социальной справедливости. Здоровье сегодня является неотъемлемой частью того, как Европа определяет себя и сравнивает себя с другими регионами мира. Поскольку Европа в ответ на глобализацию и переход от индустриального общества к обществу знаний (European Commission, 2010) будет развивать дальше свою социальную модель и адаптировать ее к этим новым условиям перед лицом финансового кризиса и решать основные проблемы XXI века, здоровье снова будет играть важную, исключительную роль.

*Руководство здравоохранением.* Независимо от принципа их организации – налогового или страхового – европейские системы здравоохранения, бесспорно, стоят перед необходимостью решать чрезвычайно сложные задачи. К этим задачам относятся:

- обеспечение финансирования как общественного здравоохранения, так и медико-санитарных служб;
- обеспечение справедливого доступа к здравоохранению, включая финансовую защиту;
- придание особой важности расширению прав и возможностей граждан и пациентов;
- рациональное использование ресурсов благодаря, например, оценке технологий здравоохранения, соглашениям о закупках на основе открытого конкурса, инновационным методам предоставления услуг, исследованиям соотношения затрат и эффективности;
- мониторинг и оценка;
- брокерство на рынке знаний (согласование целей научных исследований с потребностями политики);
- обеспечение взаимодействия между первичной и специализированной помощью;

- подготовка кадровых ресурсов, включая усиление роли высших учебных заведений.

Как показывают проведенные в последнее время анализы, такого понятия, как "самая лучшая" система здравоохранения, не существует. В предстоящее десятилетие у одних систем здравоохранения возникнет такая большая угроза утраты финансовой стабильности, что они могут стать неплатежеспособными, тогда как другим системам придется напрягать все силы для того, чтобы удовлетворять меняющиеся потребности населения, привлекать достаточное число медицинских работников и обеспечивать доступ к самым лучшим, самым современным методам лечения и технологиям, способным спасти жизнь людей. Многим европейским странам необходимо значительно уменьшить свой национальный долг. Согласно прогнозам ОЭСР, если не будут приняты на вооружение новые подходы, государственные расходы на медико-санитарную помощь во всех странах ОЭСР могут к 2050 г. вырасти на 3,5-6% валового внутреннего продукта. Поэтому улучшение организации работы, повышение оперативности и эффективности систем здравоохранения является общей заботой всего государства, других секторов и граждан. Повышение расходов на медико-санитарную помощь на 10% дает увеличение продолжительности жизни всего на 3-4 месяца (ОЭСР, 2010). Каково же будет воздействие на здоровье от увеличения на 10% инвестиций в образование? Обычно таким образом прогресс в здравоохранении мы не оцениваем.

Главную ответственность за реформирование сектора здравоохранения в пределах своего круга ведения по-прежнему несут министерства здравоохранения. Во многих государствах-членах Европейского региона ВОЗ, особенно в странах с низким уровнем доходов, до сих пор нет эффективно действующей системы здравоохранения. Многим другим странам по-прежнему не удается наладить работу элементарных механизмов руководства здравоохранением, таких как гарантированная финансовая защита пользователей услуг, и им нужна помощь в виде практических инструментов для создания и расширения своих систем медико-санитарной помощи, чтобы оказывать такие базовые услуги, как скрининг, вакцинация, охрана материнства и детства. Более богатым странам следует сохранять бдительность и защищать системы здравоохранения, на создание которых у них ушли десятки лет и которые то и дело подвергаются угрозам. Это имеет исключительно большое значение, и одним из основных аспектов деятельности ВОЗ является помощь государствам-членам в преодолении этих вызовов. Эта функция министерств здравоохранения, которую мы называем "руководство здравоохранением", и ее значение для государственных бюджетов и формирования валового национального продукта не являются предметом данного исследования. Стимулом к проведению этого исследования послужил выполненный недавно обзор, который показал, что все страны ОЭСР могли бы получить более существенную отдачу от своих расходов на медико-санитарную помощь и прибавить в среднем 2 года к ожидаемой продолжительности жизни, если бы у них всех был такой же высокий уровень оперативности и эффективности, как и у стран с наилучшими показателями. Однако улучшения и экономия затрат в большой степени связаны с профилактикой заболеваний, а внутри сектора здравоохранения и его силами эта задача может решаться только частично. Вот почему необходимо "расширить определение реформы здравоохранения и включить в него учет намеренного или непреднамеренного воздействия всех стратегий – в сфере здравоохранения, социальной, экономической и других – на здоровье отдельного человека или всего населения" (Georgia Health Policy Center, 2008). Пока ни одна страна систематически этого не делает.

*Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия.* Таким образом, цель данного исследования заключается в том, чтобы выявить появляющиеся новые, инновационные формы руководства (Wilke, 2007), которые можно использовать для преодоления главных вызовов XXI века в области здравоохранения. Главное внимание в нем уделяется общегосударственному подходу и подходу на основе участия всего общества и учету не только воздействия других секторов на здоровье, но и воздействия

здоровья на другие секторы, и, самое главное, важности здоровья для общего социального развития – то, что мы называем "стратегическим руководством в интересах здоровья и благополучия". Большинство проблем здоровья порождаются за пределами медико-санитарной помощи и обусловлены социальными детерминантами здоровья и факторами, влияющими на нездоровое поведение, но также зависят и от глобальных процессов, вызывающих вспышки заболеваний, продовольственную необеспеченность и устойчивость к противомикробным препаратам. Сегодня министры здравоохранения прекрасно осведомлены об этом и уже неоднократно выражали эту осведомленность – последний раз это было в октябре 2010 г. на совещании комитета ОЭСР по здравоохранению на уровне министров (OECD, 2010):

"Самую большую проблему здравоохранения, с которой мы сталкиваемся, представляют хронические заболевания, и при осуществлении мер по борьбе с ними мы должны принимать во внимание экологические и социальные детерминанты и применять сбалансированный подход, охватывающий ответственность на индивидуальном уровне и на уровне общества, в рамках межсекторальной политики... Однако нам необходимо новое мышление в отношении того, как мы можем противостоять вызовам, связанным с ростом хронической болезни в целом и ожирения в частности. Мы должны работать в тесном взаимодействии со всеми государственными министерствами и ведомствами и вместе с промышленностью, учебными заведениями, составителями планов и нашими гражданами над тем, чтобы сделать окружающую среду более благоприятной для здорового образа жизни всех людей и изменить нездоровые формы поведения людей, входящих в группы риска. Особое внимание нужно уделять созданию условий для здорового образа жизни и его распространению среди детей."

*Определение:* В настоящем исследовании "стратегическое руководство в интересах здоровья" определяется как стремление органов государственного управления (правительств) или других субъектов руководить сообществами, целыми странами или даже группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как "общегосударственный подход", так и "подход на основе участия всего общества". Здоровье и благополучие рассматриваются в этой концепции руководства как главные элементы того, что составляет процветающее общество и динамично развивающуюся экономику в XXI веке, а стратегии и подходы строятся на фундаменте таких ценностей, как права человека и справедливость. Основное внимание в исследовании сосредоточено на том аспекте стратегического руководства в интересах здоровья, который предусматривает создание условий для совместных действий сектора здравоохранения и секторов, не имеющих отношения к здравоохранению, государственного и частного секторов и граждан во имя общих интересов. Для него требуются взаимно усиливающие друг друга стратегии, многие из которых распространяются на секторы, не занимающиеся здравоохранением и не входящие в систему государственного управления, и эти стратегии должны опираться на структуры и механизмы, облегчающие сотрудничество. Данная концепция решительно подтверждает логичность и обоснованность существования министров и министерств здравоохранения и учреждений общественного здравоохранения и облегчает им задачу налаживания сотрудничества с другими заинтересованными партнерами и выполнения новых функций по формированию стратегий, направленных на укрепление здоровья и благополучия.

*Результаты.* С точки зрения общественного здравоохранения, первый вопрос, который нужно задать относительно новых схем и структур стратегического руководства, касается того, способны ли они принести практические результаты: приведут ли они к более высоким, более справедливым показателям здоровья? Накопленный опыт показывает, что для решения сложных проблем требуется привлечение многих действующих субъектов. Невозможно обеспечить здоровье населения, не применяя подходов, предусматривающих

широкое сотрудничество; для этого требуется активное государство, но прежде всего для этого необходимы участие, мотивация и приверженность граждан и широкого круга общественных организаций. Хотя для выработки политики в отношении социальных детерминант решающее значение имеют действия на общегосударственном уровне, для решения многих проблем здравоохранения также требуются подходы, которые охватывают все общество, так как здравоохранение – это в первую очередь то, как люди могут быть здоровыми в своей повседневной жизни. С этим связаны вопросы о том, как должно быть организовано общество, чтобы обеспечить здоровье, а потому на первый план выходят фундаментальные вопросы социальной справедливости и честности. "Когда мы думаем о социальной справедливости, это неизбежно наводит нас на мысли о том, как лучше всего нужно жить." (Sandel, 2010). Вот почему мы приходим к выводу, что, когда государство стремится решать "каверзные проблемы" и "улучшать руководство для достижения результатов", оно должно быть приверженным ценностям, принципам и процессам, изначально присущим надлежащему руководству.

**Каверзные проблемы:** слово "каверзные" применяется в этом контексте не в смысле "причиняющие зло", а для обозначения проблем, чрезвычайно трудно поддающихся разрешению. Для успешного решения каверзных стратегических проблем или хотя бы для противодействия им требуется заново оценивать некоторые традиционные методы работы и решения проблем и подвергать сомнению структуры руководства, базы умений и навыков и организационный потенциал. Первым шагом должно быть признание факта наличия каверзных проблем. Успешное решение каверзных проблем требует широкого признания и понимания правительством и министрами того факта, что здесь нельзя рассчитывать на быстрый успех или простые решения.

## 1.2 Движущие силы, обусловленные контекстом

Большое значение для развития стратегического руководства в интересах здоровья имеют три движущие силы перемен: взаимозависимость, сложность и совместное производство общественных благ. Они связаны с несколькими более широкими, долгосрочными тенденциями, влияющими на все социальное развитие (Nye and Kamarck, 2002) и, разумеется, на здоровье: глобализацией, проникновением рыночных отношений и растущей силой и влиянием частного сектора и ролью информационной технологии. Но, пожалуй, самой важной тенденцией, которую часто не замечают, является возрастание роли граждан как активных участников стратегического руководства на всех уровнях: "на огромных географических пространствах и невзирая на барьеры времени они сознательно организуются и ведут свою общественную деятельность, занимаются бизнесом и политикой на международном уровне за рамками государственных структур" (Keane, 2003).

Эти тенденции и движущие силы являются элементами перехода от индустриального общества к тому, что называют "обществом знаний". Общество знаний, в котором здоровье играет все более значительную роль, характеризуется тремя взаимосвязанными процессами:

- изменяющиеся контексты и условия высококвалифицированного труда по анализу и обработке информации, основанной на специализированных знаниях, приобретенных за годы организованного профессионального обучения и опыта;
- появление "организации, обладающей интеллектом", в которой структуры, процессы и системы правил построены таким образом, что их можно назвать "обладающими интеллектом", т.е. структуры спроектированы разумно, процессы обладают встроенной способностью к учению, а системы правил позволяют при необходимости изменять существующие правила;

- экономика знаний, которая возникает тогда, когда высококвалифицированный труд по анализу и обработке информации и организации, обладающие интеллектом, становятся правилом, а не исключением (Willke, 2007).

В обществе знаний, построенном на инновациях, охрана здоровья приобретает новое политическое и экономическое значение. Правительства заново открывают для себя степень влияния здоровья и благополучия на экономический рост, процветание и благосостояние – то, что хорошо понимали в XIX веке. В XXI веке здравоохранение не только представляет собой стержневую переменную для системы государственных финансов, но и само по себе является одним из важнейших секторов глобальной экономики и национальных экономик, в той же мере, в какой здоровье способствует повышению производительности труда и экономических показателей во всех секторах. Во многих странах ОЭСР на долю сектора здравоохранения в более узком определении приходится в среднем 10% валового внутреннего продукта и 10% рабочей силы. Во время недавнего экономического спада расходы на здравоохранение помогли стабилизировать экономику стран ОЭСР (OECD, 2010).

Например, в Германии здравоохранение является второй по величине отраслью, более крупной, чем автомобильная промышленность. Ввиду его макроэкономического значения с точки зрения инноваций и производительности труда правительство Германии создало в структуре министерства экономического развития управление здравоохранения. Задача этого управления состоит в том, чтобы лучше понять экономические аспекты здравоохранительной деятельности в рамках всего народного хозяйства путем, например, составления "сателлитных счетов здравоохранения", которые концептуально и методологически согласуются с макроэкономической статистикой страны (Aizcorbe et al., 2008; Schneider et al., 2010), чтобы выйти за рамки рыночной деятельности, как предложила Комиссия по измерению эффективности экономики и социального прогресса (Stiglitz et al., 2010).

**Сателлитные счета здравоохранения:** Согласно этой концепции, "здоровье" считается одним из видов человеческого капитала, который, как и другие средства производства, с течением времени изнашивается и требует инвестиций. Поэтому нужны показатели, отражающие размер основного капитала здоровья и норму амортизации, финансовые инвестиции в здоровье и поток прибыли на эти инвестиции. После этого улучшениям в состоянии здоровья придается некоторая стоимость, которая выводится путем объединения таких показателей, как продолжительность жизни, скорректированная на качество жизни, с оценками стоимости человеческой жизни. Данная концепция расширяет сферу применения существующих счетов за пределы рыночной деятельности и включает в них стоимость времени, которое члены домашних хозяйств инвестируют в свое здоровье и в здоровье других (Aizcorbe et al., 2008).

Оптимизм – а порой и непомерный восторг – порожденный этими процессами, несколько поубавился за прошедшее десятилетие, когда мировое сообщество пережило ряд проблем и потрясений, имевших далеко идущие последствия. Эти последствия требуют коренных изменений в общем видении, структурах руководства, организационном потенциале и профессиональной квалификации кадров, о чем и говорится в нижеследующих разделах, посвященных этим трем движущим силам, обусловленным контекстом – взаимозависимости, сложности и совместному производству общественных благ.

### **1.2.1 Глобальная взаимозависимость: изменились условия, в которых осуществляется руководство здравоохранением**

"Взаимозависимость" означает ситуации, которые характеризуются взаимными влияниями между странами или действующими субъектами в разных странах. Взаимозависимость существует там, где имеют место обоюдные – но не обязательно симметричные – дорогостоящие последствия совершаемых сделок. Когда же взаимодействия не имеют значительных, дорогостоящих последствий, имеет место просто взаимосвязанность. Взаимозависимость не означает взаимной выгоды; отношения взаимозависимости всегда подразумевают издержки, поскольку взаимозависимость ограничивает самостоятельность. Однако заранее определить, будут ли выгоды от тех или иных взаимоотношений перевешивать издержки, невозможно. Это всегда зависит от ценностей, принятых у действующих субъектов, и характера взаимоотношений (Keohane & Nye, 1989).

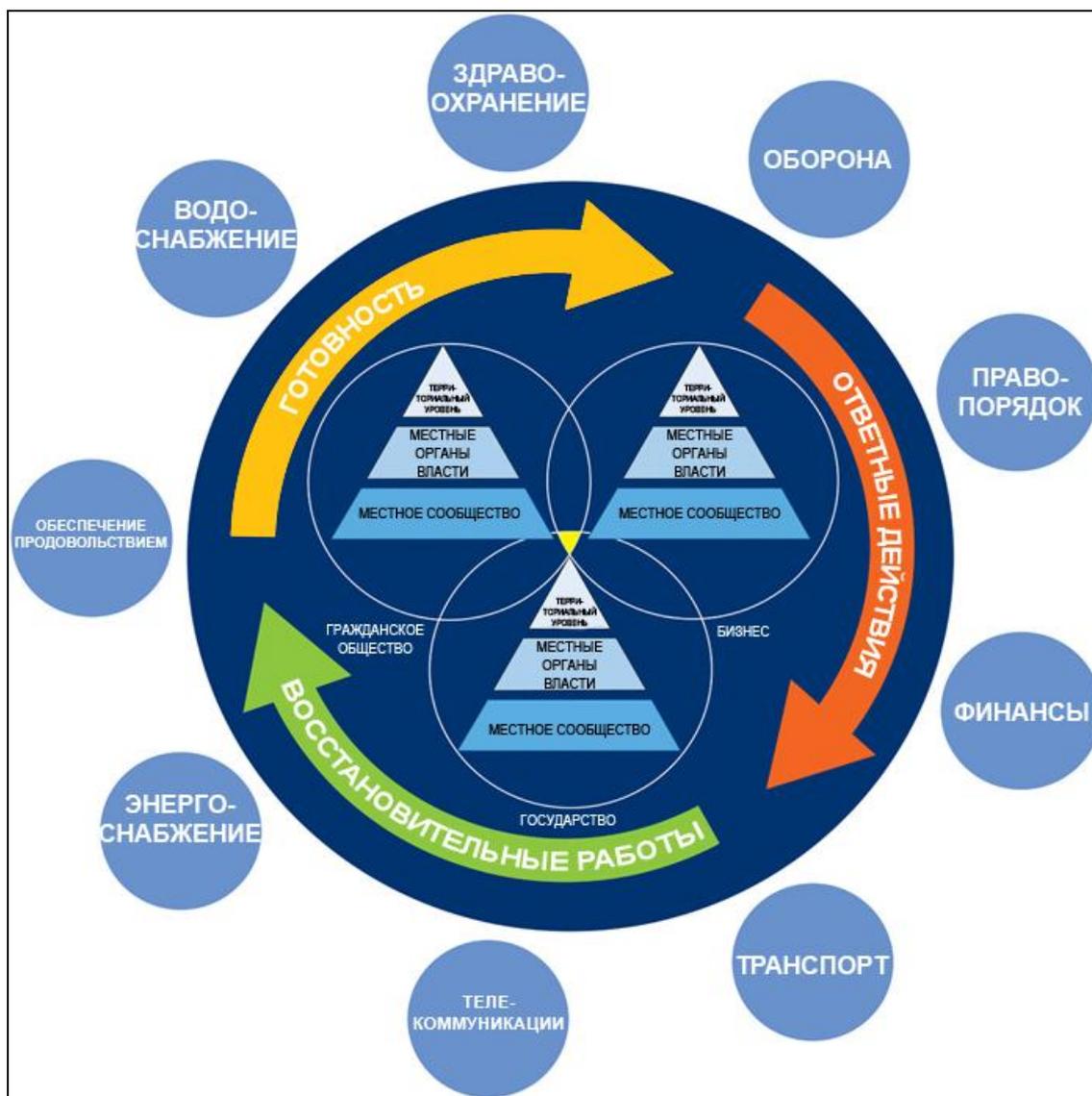
В первом десятилетии XXI века системы государственного управления действуют в совершенно новых условиях, которые характеризуются прежде всего динамичностью, сложностью и взаимозависимостью, как, впрочем, и проблемы, которые им приходится решать. В современной системе глобального руководства нет механизмов, позволяющих противостоять системным потрясениям или управлять процессами глобализации с соблюдением принципа справедливости. Глобальные вызовы влияют на всех людей во всех социально-экономических слоях общества и во всех географических точках. Каждый из них кажется не похожим на другие, но становится все более понятно, что в их основе лежат определенные закономерности и взаимосвязи, которые требуют глобальных ответных действий, основанных на участии всего общества и всей системы государственного управления. Кризис международной финансовой и денежной системы, вспышки заболеваний, подобных тяжелому острому респираторному синдрому (ТОРС), другие проблемы здравоохранения, такие как ВИЧ-инфекция и СПИД, ураганы, цунами и землетрясения, поразили одни страны больше, чем другие, однако их последствия, часто непредвиденные и непредсказуемые, не признают политических границ и рамок государственных секторов, бизнеса и гражданского общества. Вот и совсем недавно угрозы, связанные с повреждением ядерного реактора на АЭС "Фукусима", изменили видение политики во всем мире: угроза здоровью человека стала главным фактором в спорах о том, как нужно контролировать атомную энергетику.

Эти проблемы больше не в состоянии решить ни одно отдельно взятое государство, однако по-прежнему трудно добиться совместной приверженности делу решения сложных, многоуровневых вопросов, таких как контроль над мировой финансовой системой, справедливая торговля, доступ к лекарственным препаратам или справедливое использование и распределение энергоресурсов, даже при том, что уже создан целый ряд механизмов глобального руководства. Например, несмотря на значительный рост объемов иностранной помощи на цели здравоохранения, возросла несправедливость в отношении здоровья внутри стран и между странами, и это лишь одно из многих непреднамеренных последствий различных направлений политики. Достигшая критического уровня взаимозависимость вызвала рост беспокойства во многих секторах политики и общества по поводу безопасности, готовности, способности систем к восстановлению нормального функционирования и привела к осознанию того факта, что готово должно быть все общество, а не только сектор здравоохранения (ВОЗ, 2009 г.).

Многие секторы уже осознали, насколько важным для них является вопрос охраны здоровья – это можно видеть на приведенном ниже примере "механизма обеспечения готовности" (ВОЗ, 2009 г.), который был разработан с целью подготовки всего общества к вспышке болезни. В нем подчеркивается взаимозависимость всех секторов общества. В этом механизме выдвигаются пять ключевых принципов: подход на основе участия всего общества, готовность на всех уровнях, учет критической взаимозависимости, принятие ответных мер в соответствии со сценариями и соблюдение норм этики. На схеме,

приведенной на рис. 2, этот подход иллюстрируется в виде трех кругов посередине: государство, гражданское общество и бизнес. Пирамиды внутри каждого круга представляют уровни внутри каждого сектора (территориальный, местные органы власти и местное сообщество), а девять кругов вокруг непрерывного цикла мероприятий по предупреждению и преодолению последствий катастроф, состоящего из мер обеспечения готовности, ответных мер и восстановительных работ, представляют девять ключевых, жизненно важных служб – оборону, обеспечение правопорядка, финансы, транспорт, телекоммуникации, энергоснабжение, обеспечение продовольствием, водоснабжение и здравоохранение. Так в подходе с использованием "механизма обеспечения готовности" иллюстрируется взаимозависимость всех секторов общества.

Рис. 2. Механизм обеспечения готовности



Источник: World Health Organization (2009).

Многие аналитики считают, что глобальная система является порочной в смысле неспособности ни определить проблемы, ни мобилизовать коллективные ответные действия и что необходимо на глобальном уровне принять меры по устранению значительных диспропорций в распределении власти и ресурсов (Labonte et al., 2004). В то же время необходимо лучше разобраться в динамике новых созвездий власти, например, прояснить неопределенность в отношении роли нарождающихся экономик: по мере того, как они набирают силу, их действия в ответ на многие глобальные вызовы

будут определять, насколько можно говорить о справедливой глобализации и более справедливой мировой системе как о реальности.

Многие проблемы здравоохранения, перед которыми сегодня стоят системы государственного управления, не ограничиваются пределами одной страны, а являются частью сложной паутины взаимозависимости. Стали размыты различия между повестками дня во внутренней и внешней политике, и значительное воздействие на роль и положение многих стран Европейского региона – да и в целом Европы – на мировой арене оказывают новые геополитические комбинации. Некоторые регионы Европы становятся значительно беднее и вынуждены делать нелегкий выбор относительно охраны здоровья и дальнейшего развития систем здравоохранения. Для того, чтобы решить эти проблемы, министерствам здравоохранения приходится работать на нескольких уровнях, с частично дублирующими друг друга сетями действующих субъектов, имеющих конкурирующие цели и задачи, как в своей стране, так и за рубежом – это происходит, например, во время нынешнего экономического кризиса. В такой критической ситуации стало очевидно, что во многих странах у министерств здравоохранения переговорные позиции не очень сильны. Эта проблема подробно анализировалась при изучении системных изменений после распада Советского Союза (см. аналитический доклад A. Fidler and T. Szabó).

Организация Объединенных Наций с ее всеобщим членством переходит к новым моделям организации и координации международного сотрудничества, поскольку традиционные формы сотрудничества между государствами вступают в противоречие с новыми, более гибкими типами организаций, альянсов и сетей и дополняются, а иногда и вытесняются ими (Ott, 2011). Примерами могут служить Комитет по всемирной продовольственной безопасности, Консультативная группа высокого уровня по энергетике и изменению климата и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

**Комитет по всемирной продовольственной безопасности**, межправительственный орган, созданный в 1974 г. Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций, в 2009 г. был реорганизован и теперь включает более широкую группу заинтересованных партнеров, что повышает его возможности в плане содействия стратегиям, которые направлены на снижение необеспеченности продовольствием. Цель этой реорганизации заключалась в том, чтобы превратить Комитет в наиболее открытую для широкого круга участников межправительственную платформу сотрудничества в интересах продовольственной безопасности.

**Консультативная группа высокого уровня по энергетике и изменению климата** была создана при Генеральном секретаре Организации Объединенных Наций. Ее председатель Kandeh K. Yumkella, Генеральный директор Организации Объединенных Наций по промышленному развитию, заявил: "Правительства в одиночку не смогут справиться с вызовами. Нам нужна приверженность и поддержка со стороны всех секторов общества, включая частный сектор, научное сообщество и гражданское общество, а также со стороны международных и неправительственных организаций."

Однако многие международные организации и многие страны плохо подготовлены к ведению необходимых сегодня сложных процессов дипломатии с участием многих заинтересованных сторон. Министерства здравоохранения все активнее взаимодействуют с министерствами иностранных дел и экономического сотрудничества и развития, а также с международными финансовыми учреждениями, которые благодаря возросшей актуальности охраны здоровья уже рассматривают ее как часть своего "арсенала инструментов" (Kickbusch, 2011). Для многих европейских стран дополнительный уровень власти и сложности создало вступление в Европейский союз, поскольку все страны связаны все время увеличивающимся количеством международных соглашений, которые имеют отношение к охране здоровья, но не являются по своей основной

направленности соглашениями в области здравоохранения. В большинстве стран между этими многочисленными сферами ответственности нет согласованности и логической связи, а у сектора здравоохранения зачастую не хватает властных полномочий для того, чтобы заручиться поддержкой повестки дня в области охраны здоровья со стороны других секторов. Именно тут главы правительств и должны играть главную роль.

В мире всеобщей взаимозависимости экономическое влияние здоровья и безопасности здоровья на другие секторы и на все общество становится все более очевидным и меняет подход общества к охране здоровья. Постольку, поскольку другие заинтересованные стороны испытывают негативное влияние проблем здоровья, они будут все настойчивее требовать таких методов руководства и институтов, которые смогут реагировать на эти проблемы и приводить к реальным результатам, будь то более рациональные системы здравоохранения или более высокий уровень безопасности здоровья. Во-первых, возникает озабоченность по поводу влияния роста сектора здравоохранения на другие секторы государственного управления и в целом на рост и производительность экономики, особенно в странах, где расходы на сектор здравоохранения растут быстрее, чем экономика в целом. Влияние и потенциал сектора здравоохранения также становятся весьма значимыми в связи со вспышками таких заболеваний, как ТОРС, птичий грипп, пандемия H1N1 2009 года и, как самый последний пример, вспышка инфекции, вызванная смертоносным штаммом *Escherichia coli*, в Европе в 2011 г. По имеющимся расчетам, экономические издержки в связи со вспышкой ТОРС составили от 7 до 21 миллиардов евро, локальная вспышка чумы в Сурате (Индия) в 1994 г. обошлась в 1,4 миллиарда евро, а эпидемия птичьего гриппа в 1997 г. в Особом административном районе Китая Гонконге – в сотни миллионов евро в виде ущерба для производства мяса птицы, торговли и туризма.

Недавняя вспышка инфекции *E. coli* нанесла тяжелый урон сельскому хозяйству и розничной торговле пищевыми продуктами в Европе, так как некоторые страны запретили импорт некоторых видов овощей, а потребители воздерживались от покупки некоторых свежих продуктов, что привело к резкому снижению объемов продаж. Самая последняя сумма, которая была предложена Европейским союзом в качестве помощи европейским фермерам для покрытия убытков, составила 210 миллионов евро. Экономические последствия были настолько тяжелыми, что привели к политической напряженности между странами, к необходимости принятия мер на уровне Европейского союза и к тому, что даже рассматривался вопрос о возможном наступлении правовых последствий, связанных с выплатой международной компенсации пострадавшим от всего этого фермерам и другим коммерческим предприятиям. Ни государство, ни бизнес, ни граждане пока по-настоящему не готовы к принятию мер на уровне всей системы государственного управления и на уровне всего общества в ответ на подобные вспышки, и поэтому на уровне отдельных стран, на европейском и глобальном уровнях сегодня обсуждаются новые формы организации и координации, которые позволяют действовать более оперативно и грамотно. Определяющим фактором в отношении таких вспышек остается неопределенность; другие секторы рассчитывают, что сектор здравоохранения минимизирует воздействие на сферы их ответственности. В то же время общество рассчитывает на обеспечение высокого уровня безопасности здоровья населения. В этом заключается одна из причин создания в 2005 г. Европейского центра профилактики и контроля заболеваний как учреждения Европейского союза, призванного укрепить оборону Европы против инфекционных заболеваний во взаимодействии с национальными органами здравоохранения.

Способность общества держать удар проверяется не только системными потрясениями и вспышками, но и проблемами, которые назревали в течение столетия, но сдерживались традиционными подходами к политике и стратегическому руководству. Глубокое воздействие на здоровье и благополучие общества во всех странах оказывают ускоренная урбанизация, эпидемиологические сдвиги, демографические переходы, изменение климата, конкурентная борьба за оскудевающие природные ресурсы, расширение

экономического неравенства и внедрение новых технологий – от социальных СМИ до синтетической биологии. Это все тоже взаимозависимые "каверзные" проблемы, их взаимозависимость пока до конца не изучена и нет критериев для того, чтобы сполна оценить их воздействие на экономику и на общество. Страны прилагают отчаянные усилия для решения этих проблем, равно как и для преодоления уязвимости людей, создаваемой переменами, но им в этих усилиях мешают два важных фактора. Во-первых, действия в рамках межсекторального и международного сотрудничества сдерживаются зависимостью от традиционных путей, ведомственной обособленностью стратегий, взаимоисключающими интересами, непропорциональным распределением ресурсов и разными системами ценностей и убеждений. Во-вторых, часто бывает трудно осуществить перемены из-за интересов мощных группировок частного сектора, которые хорошо организованы и действуют согласованно на мировом уровне. В Европе меры по координации действий дополнительно усложняются властью Европейского союза и диспропорциями в распределении власти и ресурсов между странами.

### **1.2.2 Сложность: изменилось и расширилось наше понимание здоровья**

"Теория сложности позволяет получить намного более реалистичное описание хода и взаимосвязи событий. Она привносит в изучение дел человеческих ощущение того, что всё и вся действительно взаимосвязано, как бы неудобно это ни было для устоявшихся дисциплин или для организаций, построенных на бюрократической обособленности. Эта теория предупреждает нас о том, что нужно игнорировать утверждения идеологов и пропагандистов о существовании уникальных, перманентных решений главных проблем. Она учит нас вместо этого рассматривать проблемы, стратегии и последствия стратегий как элементы непрекращающегося взаимодействия. Она предупреждает нас о существовании постоянной возможности резких, прерывистых форм перемен. Она помогает нам понять, почему только Закон Непреднамеренных Последствий стоит неизбежно над обломками стратегий, построенных на единственной концепции и на жестких планах." (Fuerth, 2009).

Другой подход к стратегическому управлению подразумевает изменение угла зрения на проблему, которую необходимо решить. Данное ВОЗ определение здоровья как "состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствия болезней или физических дефектов" (ВОЗ, 1946 г.) не ограничивается категориями болезни. Сегодня это определение усиливается восприятием здоровья и как итога широкого спектра политических, социальных и экономических событий и явлений, и как самостоятельного ресурса, связанного с возможностями и ресурсами отдельных людей, сообществ и общества в целом. Общество знаний, развитие демократии, характер проблем здравоохранения и технические инновации – все указывает на то, что нужно принимать сложность как одну из ключевых характеристик видения здоровья и угроз здоровью в XXI веке. В мире здравоохранения эта точка зрения получает признание, которое выражается в разных формах: например, широкую распространенность табакокурения или ожирения называют "социальными эпидемиями", "индуцированными болезнями" или "пандемиями, вызываемыми предметами потребления", поскольку вклад в их распространение вносят многие факторы. Что касается сложности, то стратегии по борьбе с такими эпидемиями должны осуществляться на многих уровнях, а их эффект будет выходить далеко за рамки показателей здоровья: они будут оказывать экономические, социальные и политические воздействия, а также иметь непреднамеренные последствия (факт, который во многих анализах, посвященных только проблемам здоровья, часто игнорируется) (Slama, 2005).

Сложные адаптивные системы "... состоят из множества отдельных самоорганизующихся элементов, способных реагировать на другие элементы и на

окружающую их среду. Всю систему можно рассматривать как сеть взаимоотношений и взаимодействий, в которой целое гораздо больше, чем сумма отдельных его частей. Изменение в любой части системы, даже всего в одном элементе, вызывает реакции и изменения в связанных с ним элементах и в окружающей среде. Поэтому невозможно с полной точностью предсказать последствия какого-либо вмешательства в систему, так как система всегда реагирует на изменения и на действия отдельных лиц и адаптируется к ним. (Glouberman et al., 2003).

Целый ряд авторов предложили рассматривать здоровье как сложную адаптивную систему, которая формируется в результате совокупности многих взаимодействий и динамичных процессов, "встроенных" в другие сложные системы. Поэтому многие современные нарушения здоровья и сложная природа хронических заболеваний требуют "системного взгляда", что включает понимание общей взаимозависимости всех заинтересованных сторон и социального характера риска, связанных с ним аспектов социальной справедливости и индивидуальных мотивов. Для этого потребуются изменения как на уровне политики, так и на организационном уровне и на уровне сообщества и индивидуума. Эта мысль выражена во многих документах с изложением политики в области здравоохранения.

Тем не менее, несмотря на знание этого и подтверждающие фактические данные, многие системы государственного управления так и не внедрили в ответ на это общегосударственного подхода или подхода на основе участия всего общества.

С точки зрения систем значение имеют три тезиса: 1) Здоровье формируется и поддерживается посредством сложной адаптивной системы взаимодействий между индивидуумами и окружающей их средой, а также между физиологическими, психологическими и поведенческими факторами, социально-демографическими факторами и социально-экономическим положением (Glouberman et al., 2003). 2) В свою очередь развитие здравоохранения порождает новые процессы, которые влияют на другие сложные системы. Самым очевидным случаем является повышение уровня здоровья и увеличение продолжительности жизни и демографический и эпидемиологический переходы, заново определяющие каждую область личной и общественной жизни и политики. 3) Здоровье можно также трактовать как новый объект собственности других сложных адаптивных систем, таких как глобальная продовольственная система.

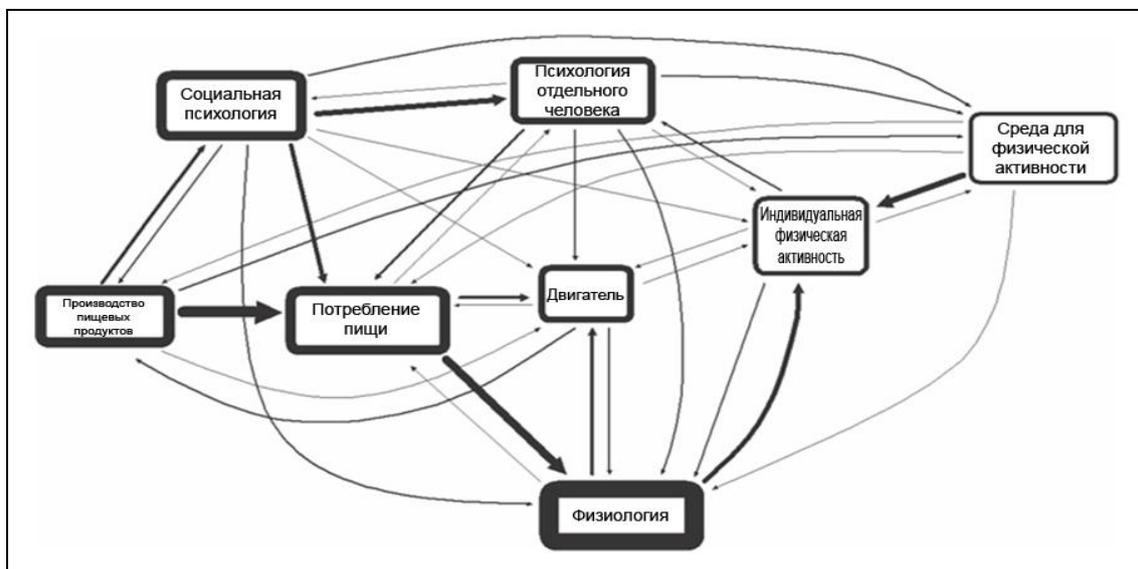
Системные риски требуют общегосударственного подхода и подхода на основе участия всего общества, так как они затрагивают системы, от которых зависит существование общества, включая здравоохранение, транспорт, охрану окружающей среды, сельское хозяйство и телекоммуникации. Поэтому изучение системных рисков выводит нас за рамки анализа "фактор-последствие" и заставляет сосредоточить внимание на взаимозависимости и взаимных влияниях между группами рисков (Klinke & Renn, 2006). Особенно показательны в этой связи два примера.

Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2008 г.) показывает, что здоровье само является объектом собственности других сложных систем – от сферы занятости и труда до транспорта и жилищного сектора, что оно связано с такими стадиями развития общества, как индустриализация, урбанизация и глобализация, но самое главное – что оно связано с разными степенями подверженности рискам и разными способностями психофизической адаптации, которые определяются распределением в обществе власти, денег и ресурсов. Эти "причины причин" требуют нового подхода к оценкам и нового видения политики в отношении социальной справедливости. В отличие от более традиционных подходов к эпидемиологии, которые направлены на идентификацию отдельных факторов риска, в подходе на основе сложности выделяют более широкую среду, в которой возникают системные риски для здоровья, из которых

наиболее очевидным является социальный градиент. Это также означает, что положительные последствия для здоровья достигаются благодаря действиям других секторов без участия сектора здравоохранения; это особенно верно в случае некоторых налогово-бюджетных мер и перераспределяющих стратегий. Например, в странах с меньшей степенью социального неравенства также обычно наблюдается меньше неравенства в вопросах здоровья, и там у людей лучше общее состояние здоровья.

Связи между пищевыми продуктами, продовольственной обеспеченностью, устойчивым развитием и системными рисками для здоровья – ожирением и диабетом – со всей очевидностью указывают на необходимость более широкого взгляда на вещи (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004a; Kickbusch, 2010). Например, самыми важными факторами риска развития диабета 2 типа являются ожирение, недостаток физической активности, рацион питания, бедный пищевыми волокнами и богатый калориями, и курение, и эти факторы вступают во взаимодействие с другими факторами, такими как возраст, генетические факторы и питание в раннем детстве (рис. 3).

Рис. 3. Упрощенная схема предвидения ожирения



Источник: Finegood, Merth & Rutter (2010).

Эти риски сами определяют структурными факторами, такими как степень социального расслоения, индустриализация, урбанизация и глобализация, которые влияют на доступ индивида к медико-санитарной помощи и на подверженность воздействию сред, способствующих курению или ожирению и в свою очередь зависящих от социальных норм, местной пищевой культуры и городской инфраструктуры. Поэтому сектор здравоохранения в одиночку может осуществить очень немногие из тех вмешательств, которые необходимы для воздействия на системные риски и социальные детерминанты здоровья, а то и вовсе не в состоянии их осуществить.

Хотя часто утверждают, что производство пищевых продуктов определяется структурой спроса на рынке, есть все основания полагать, что оно стало оторванным от рыночного спроса и что рынок искажается под влиянием многих других факторов. Формы производства пищевых продуктов определяют не только безопасность продуктов, но и их пищевую ценность. Таким образом, способы производства пищевых продуктов и влияющие на них факторы являются неотъемлемой частью структуры заболеваемости, обусловленной пищевыми продуктами. Оказывают влияние на производство пищевых продуктов и вопросы экологии, особенно потребность в таких агроприемах, которые являются устойчивыми в долгосрочной перспективе. Можно предвидеть широкую гармонию между производством пищевых продуктов,

сохраняющих и укрепляющих здоровье человека, и производством пищевых продуктов, сохраняющим окружающую среду. Поэтому политику в отношении питания и в отношении охраны окружающей среды можно разрабатывать параллельно, о чем сказано в плане действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004а). Производство пищевых продуктов воздействует на здоровье человека не только через потребление пищи, но и через характер и устойчивое развитие сельской экономики, которые влияют на уровень занятости, социальную сплоченность и наличие возможностей для проведения досуга на селе. А эти факторы в свою очередь способствуют улучшению психического и физического здоровья.

Большинство вмешательств носят широкий, структурный характер и связаны скорее с политикой, нежели с конкретными клиническими мерами (Whiting et al., 2010), особенно вмешательства, касающиеся распределения доходов, потребления и материальных благ. Выполненный ОЭСР анализ показал, что при сопоставимом соотношении затрат и результатов многовекторные подходы примерно в два раза более эффективны, чем самое эффективное однонаправленное вмешательство. Это со всей очевидностью демонстрирует борьба против табака (Slama, 2005). Особое значение имеют стимулирующие вмешательства ("вмешательства-рычаги"), которые создают положительную системную динамику для осуществления социальных перемен. Как показывает тридцатилетний опыт борьбы против табака, такие системные подходы обычно бывают и более устойчивыми в долгосрочной перспективе. Зачастую они реализуются вопреки организационной инерции и сильному противодействию со стороны секторов, имеющих конкурирующие системы ценностей и интересов и огромные финансовые ресурсы. Поэтому для общегосударственного подхода и подхода на основе участия всего общества требуется "удобный момент" (Kingdon, 1995), т.е. уникальное стечение обстоятельств, соединяющее в себе культурные сдвиги, политическую волю и политическую осуществимость.

### **1.2.3 Совместное производство общественных благ: новая роль граждан и гражданского общества**

Совместное производство здоровья как общественного блага. В XX веке граждане – как индивиды, сообщества и организации гражданского общества – изменили свои подходы к здоровью и к руководству здравоохранением. Многие сегодняшние проблемы здравоохранения требуют уникального сочетания структурных и поведенческих изменений и практической активности и политических мер. Свой вклад как в успехи, так и в неудачи в охране здоровья вносит индивидуальный выбор, но варианты этого выбора заложены в социально-экономической и культурной среде. Эта мысль ясно выражается в использовании словосочетания "способствующая ожирению" для обозначения окружающей среды, поощряющей нездоровое питание или создающей отрицательные стимулы для физической активности. Оно же указывает на те вмешательства, которые люди должны предпринять в своей жизни, особенно на местном уровне. Такое понимание "руководства в интересах борьбы с ожирением" само является плодом опыта, накопленного за 30 лет борьбы против табака.

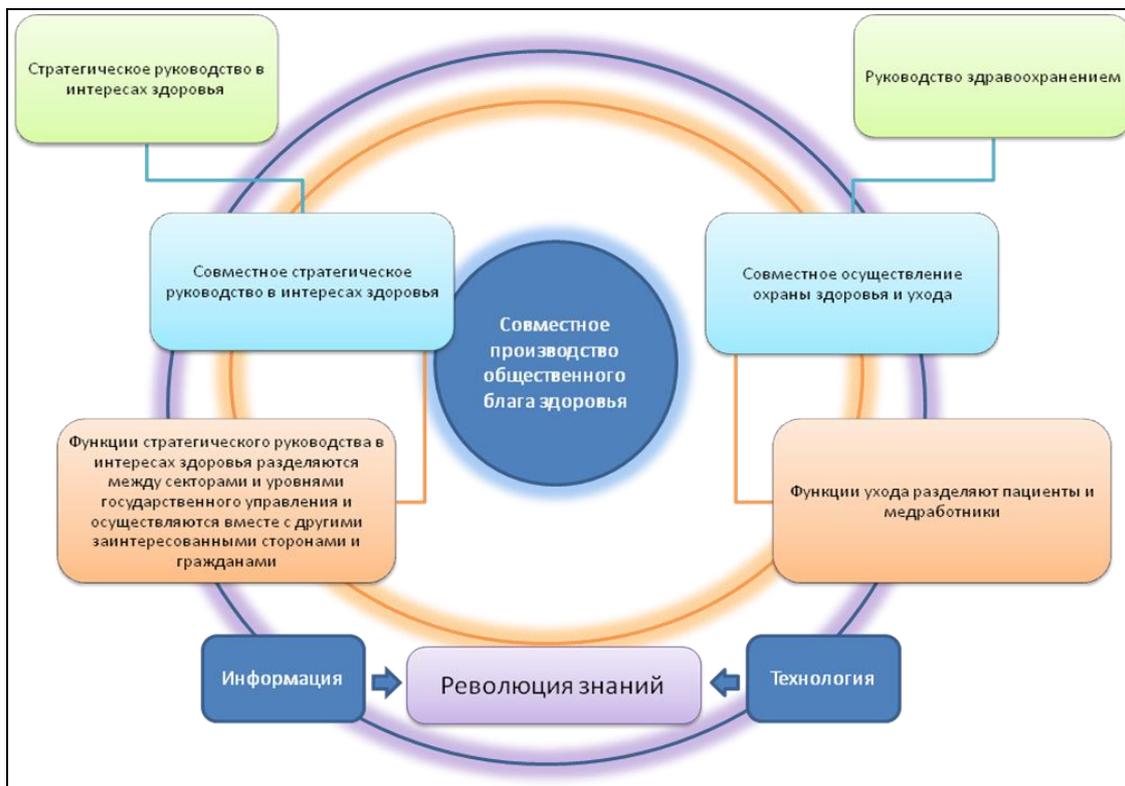
Благодаря прежде всего активной позиции граждан в вопросах здравоохранения произошли изменения в том, как общество руководит охраной здоровья и борьбой с болезнями: от действий на местном уровне по минимизации или устранению экологических рисков для здоровья до глобальных действий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, обеспечению доступа к лекарственным препаратам и борьбе против табака. Нельзя представить руководство здравоохранением без действий гражданского общества на всех уровнях – "громадного, взаимосвязанного и многослойного неправительственного пространства" (Keane, 2003). Такая форма демократизации здравоохранения связана с новыми характеристиками широкого участия граждан в

современной демократии, которая включает как "отчетливо выраженные следы плюрализма, так и мощный конфликтный потенциал" (Keane, 2003).

В последние десятилетия двадцатого века произошел подъем гражданского общества; в XXI веке опять появляется нечто по своей сути новое в том, как граждане, чьи возможности в самое последнее время расширились благодаря новым технологиям и средствам связи, берут на себя ответственность за свое здоровье и требуют большего от правительств, медицинских работников и промышленности. Сегодня активная позиция граждан проявляется в двух аспектах. Они участвуют в совместном производстве такого общественного блага, как здоровье, через свою вовлеченность в два одновременных и часто взаимодействующих процесса – в совместное руководство в интересах здоровья, которое предполагает осознание того, что для достижения успеха должна быть приверженность общегосударственному подходу и подходу на основе участия всего общества, и в совместные действия по охране здоровья и оказанию помощи, которые предполагают отношения сотрудничества и общения между индивидами в рамках сектора здравоохранения в его более узком определении, в которых они выступают в качестве граждан, пациентов, лиц, осуществляющих уход, потребителей или медицинских работников. Такое совместное производство общественного блага здоровья становится возможным благодаря распространению новых технологий и доступу к информации, благодаря которым происходит сдвиг в характере общества в европейских странах от индустриального к обществу знаний и которые заново определяют структуры и методы работы организаций и учреждений здравоохранения. Здравоохранение все больше становится частью более широкой экономики знаний, построенной на "высококвалифицированном труде по анализу и обработке информации" и требующей для получения успешных конечных результатов интеллектуально развитых пользователей и умеющих учиться и способствующих учению организаций. В связи с этим критически важным фактором как в руководстве здравоохранением, так и в стратегическом руководстве в интересах здоровья является санитарная грамотность.

*Совместное производство знаний.* Совместное производство общественного блага здоровья подразумевает совместное производство знаний. Для того, чтобы стратегическое руководство в интересах здоровья было эффективным, оно должно строиться на широком участии заинтересованных сторон и не только учитывать мнения экспертов, но и смотреть шире. По-новому начинают учитываться опыт людей и их субъективные ощущения. Для общества знаний требуется стратегическое руководство по принципу опережения событий, при котором "подчеркивается совместное руководство, совместное производство знаний силами науки и общества и неразделимая природа "фактов" и "ценностей", когда оба эти элемента должны излагаться с полной ясностью и подвергаться всестороннему рассмотрению, чтобы обеспечить инновационный характер стратегического руководства. Когда традиционных экспертных знаний не хватает, руководство по принципу опережения событий реагирует на возникающую неопределенность путем мобилизации (через расширенное сообщество равных представителей "эпистемологических культур") местных и традиционных знаний и путей познания, чтобы можно было выстроить более прочную и обогащенную научную и техническую базу." Для минимизации риска того, что проблемы будут неправильно определены или представлены в неверном свете вследствие наличия неизвестных систематических погрешностей, нужно учитывать как можно больше точек зрения экспертов и дилетантов. "Такой более широкий подход к "знаниям" (включая экспертные мнения, но не ограничиваясь ими) позволяет изучить системы ценностей и власти, под влиянием которых формируется видение картины (или картин) социально-технического будущего." (Klopprogge & van der Sluijs, 2006; см. также аналитический доклад V. Ozdemir and B.M. Knoppers.).

Рис. 4. Стратегическое руководство в интересах здоровья и стратегическое руководство здравоохранением



Источник: авторы.

Перемены, основанные на совместном производстве общественных благ здоровья и знаний происходят во всех секторах и сферах жизни и проявляются в спросе на более здоровую пищу, экологически более чистые технологии и чистые улицы, ускоренную разработку новых лекарств и методов лечения, более открытые для участия пациентов формы медико-санитарной помощи и в происходящих в последнее время народных восстаниях против никому не подчиняющихся государственных режимов. Людей можно наделить новыми правами и возможностями для действий. Совместное стратегическое руководство в интересах здоровья – главный предмет данного исследования – является как движущей силой перемен, так и реакцией на меняющиеся политические контексты XXI века: оно "предусматривает, что граждане, поставщики услуг и институты будут вместе трудиться над созданием такой социальной системы и среды, которая даст возможность всем быть здоровыми (Ruger, 2010). Задача, стоящая перед правительствами, состоит в том, чтобы создать в сложных, взаимозависимых сетях организаций и систем в государственном, частном и некоммерческом секторах потенциал для эффективного совместного производства общественных благ (World Economic Forum, 2011) и по-новому оценивать произведенные блага, чтобы можно было определить, движется ли общество в направлении большего благополучия.

"Совместное руководство здравоохранением охватывает выработку консенсуса в отношении основных принципов и процедур распределения, точных критериев эффективности и изменений в установках и нормах и ведение открытых дискуссий для решения проблем... Этот процесс соединяет в себе роли и обязанности всех сторон – индивидов, поставщиков услуг и институтов." (Ruger, 2010).

## 2. Стратегическое руководство

### 2.1 Три основных вектора динамики стратегического руководства

Стратегическое руководство – это "сумма множества способов, которыми люди и институты, государственные и частные, управляют своими общими делами. Это непрерывный процесс, посредством которого можно согласовывать противоречивые или несхожие интересы и предпринимать совместные действия. Оно включает официальные институты и режимы, уполномоченные осуществлять меры принуждения к соблюдению правовых норм, а также неформальные структуры, которые люди и институты либо договорились считать соответствующими их интересам, либо воспринимают их таковыми." (Commission on Global Governance, 1995).

Как было отмечено выше, в современном мире системы государственного управления должны действовать по-иному. Они являются средством, с помощью которого применяется государственная власть, и по мере рассредоточения власти по слоям современного общества должна изменяться и роль государства и функции государственного управления. В большинстве стран Европейского региона существует четкое разграничение между действующим правительством и государством, и конституцией предусмотрено распределение власти между парламентом, правительством и различными уровнями государственного управления. Соблюдение принципов надлежащего руководства и готовность и способность внедрять новые подходы к стратегическому руководству во многом зависит от прочности демократических институтов. Роль государства разными политическими партиями интерпретируется по-разному, когда они находятся у власти, и этот политический фактор имеет огромное значение для руководства здравоохранением, например, для государственной политики и вмешательств со стороны государства, в частности, в отношении социальной справедливости и здоровья. Что касается здравоохранения, одни правительства выбирают вмешательства, направленные на индивидуальный образ жизни, часто исходя из соображений индивидуальной свободы выбора, тогда как другие направляют свои действия на структурные социальные факторы и факторы окружающей среды, что часто включает меры по ограничению рынков или по перераспределению. В работе Sandel (2010) эти различия представлены как вращающиеся вокруг трех главных идей: максимизация социального благосостояния, соблюдение свободы и поддержка добродетели. Эти идеи являются стержнем политических дебатов по поводу охраны здоровья на всех уровнях стратегического руководства.

В разных странах Европы роль государства видится по-разному, что является отражением исторического развития и политической культуры каждой страны, однако во всей Европе отмечаются долговременные тенденции относительно роли и функций государства и определенный сдвиг в разделении властей (Riklin, 2006), в том числе в области здравоохранения. В целом в европейских демократиях (но не во всех европейских странах) наблюдается тенденция к отходу от авторитарных стратегий к стратегиям решения проблем и выработки политики на основе сотрудничества и широкого участия заинтересованных сторон. Хотя последствия экономического кризиса в некоторых странах сполна оценить пока невозможно, все указывает на то, что возврат к монопольным стратегиям проблем не решит.

В опубликованном недавно докладе Всемирного экономического форума (2011 г.) отмечается, что для того, чтобы выйти на высокий уровень оперативности и эффективности в работе в сегодняшней сложной, взаимосвязанной, быстро изменяющейся среде, необходимо таким образом перестроить структуры и процессы, существующие в системах государственного управления, чтобы они охватывали новый состав действующих субъектов и инструментов. Они должны оставаться нужными, сохраняя способность оперативно отзываться на быстро изменяющиеся условия и ожидания граждан, и наращивать потенциал для полноценного функционирования в условиях сложных, взаимозависимых сетей организаций и систем в государственном, частном и некоммерческом секторах с целью совместного производства общественных благ.

В результате этого сдвига для описания новых процессов все чаще используют слово "руководство" (governance). Это понятие является предметом рассмотрения в широком круге научных публикаций, и было предпринято множество попыток разбить эту массу литературы на категории, выделить разные философские направления и разработать теоретические основы для толкований (Rhodes, 2000; Peters, 2001; Frederickson, 2005; Hill & Lynn, 2005; Willke, 2007; Bell & Hindmoor, 2009; Klijn, 2010; Osborne, 2010). В самом широком смысле стратегическое руководство определяет, как осуществляется управление обществом и как распределяются власть и ресурсы. Для него также требуются новые формы лидерства. Стратегическое руководство претерпевает серьезные исторические сдвиги и изменения: одни являются революционными, другие более растянуты во времени и нарастают постепенно, но от этого вовсе не становятся менее трансформационными. De la Chapelle (2008) обращает внимание на тот факт, что точно так же, как происходят изменения в научных парадигмах, выражающиеся в понятии "научные революции" (Kuhn, 1969), происходят изменения и в политических парадигмах основы систем и структур стратегического руководства, которые меняются сразу же, как только оказываются не в состоянии больше сохранять свою правомерность или теряют способность к самостоятельному решению задач.

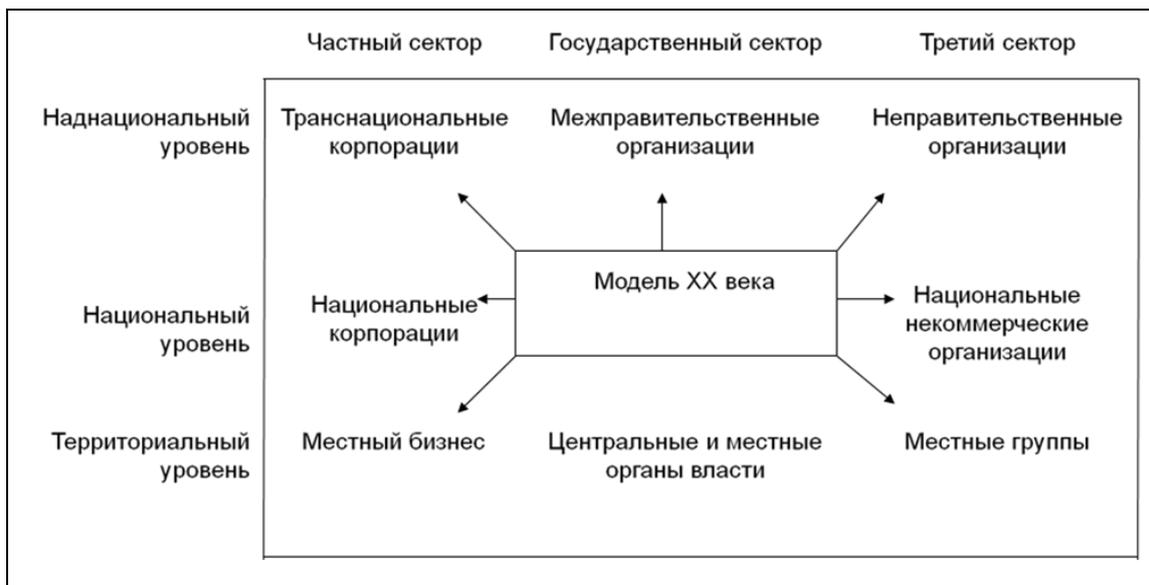
В нынешнем периоде перемен стратегическое руководство иллюстрирует отдельные моменты в непрерывном процессе, который происходит и формируется под влиянием тенденций в распределении силы и власти. Рассредоточение руководства, мониторинг демократия и общая ценность – вот три движущих силы, которые определяют понимание механизмов и институтов стратегического руководства по мере его сдвига от авторитарного к совместному. Они образуют отдельную группу политических факторов, определяющих подходы к стратегическому руководству в интересах здоровья.

"... преимущества иерархической координации утрачиваются в мире, для которого характерны все более плотные, расширенные и быстро меняющиеся модели обоюдной зависимости и все более частые, но эфемерные взаимодействия, переходящие все виды ранее установленных границ – внутри организаций и между организациями, внутри секторов и между секторами, внутри стран и между странами" (Scharpf, 1994).

### 2.1.1 Рассредоточение руководства

Инновации в стратегическом руководстве выходят за пределы системы государственного управления и распространяются среди различных действующих субъектов в обществе. Nye & Kamarck (2002) высказали предположение о том, что функции государства будут рассредоточиваться одновременно в нескольких направлениях в ответ на несоответствие потенциала государства постоянно усложняющимся вызовам (рис. 5).

Рис. 5. Рассредоточение стратегического руководства в XXI веке



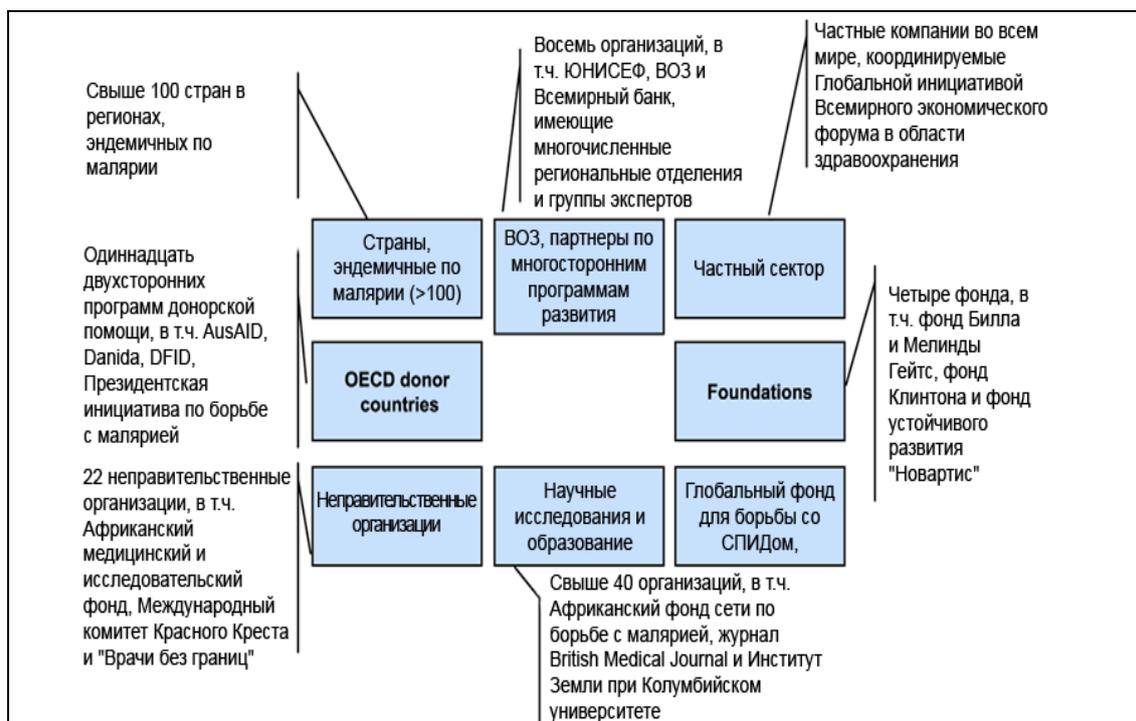
Источник: Nye & Kamarck (2002)

Рассредоточение видится в том, как сегодня подходят к руководству на уровне как государственного управления, так и организаций. Оно является основой общегосударственного подхода и подхода с участием всего общества. Moore & Hartley (2010) утверждают, что новый класс инноваций в стратегическом руководстве выходит за рамки организаций, и это позволяет создавать организованные по сетевому принципу системы производства общественных услуг, которые подключаются к новым общим фондам ресурсов, используют мобилизующий потенциал государства, предлагают и заново определяют частные права и обязанности и перераспределяют право на определение и оценку ценности того, что производится.

К числу примеров относится передача группам активистов местных сообществ на договорной основе функций защиты детей, партнерства по благоустройству парков в Соединенных Штатах Америки, учреждение "налога на уличные заторы", которым облагается использование автомобилей в Лондоне, и закон в Сингапуре, который обязывает детей исполнять свой традиционный долг по уходу за стареющими родителями. В каждом из этих примеров трудности, которые необходимо преодолевать, настолько велики, что добиться перемен в одиночку не смогла бы ни одна организация; государственная казна и штаты государственных служащих не могут быть единственными источниками денег и людей, которые определяли бы общественные цели и решали, как использовать общественные средства; наконец, мобилизация и распределение ресурсов не является сферой ответственности исключительно системы государственного управления. Производимые в результате общественные услуги оцениваются не только с точки зрения коэффициента полезного действия и эффективности, но и с точки зрения социальной справедливости, добросовестности и укрепления сплоченности местных сообществ (Moore & Hartley, 2010).

В литературе о стратегическом руководстве рассматриваются модели участия во власти и анализируются отношения между организациями и их окружением, между секторами и направлениями политики, между государствами, между государствами и негосударственными субъектами и, самое главное, между сетями, функционирующими внутри этих группировок, и внутри этих сетей. Для обозначения стратегического руководства появились новые термины, такие как "сетевое руководство", "мета-руководство", "руководство без системы государственного управления" и "пустотелое государство". Все они относятся к последствиям рассредоточения функций руководства и власти. Примером форм сотрудничества, используемых в руководстве, является партнерство по борьбе с малярией (рис. 6):

Рис. 6. Рассредоточение стратегического руководства: партнерство по борьбе с малярией



Источник: Roll Back Malaria Partnership (2010).

Главные вопросы, которые обсуждаются в литературе, посвященной руководству, - это роль и полномочия государства в XXI веке и области сопряжения местной, национальной, региональной и глобальной политики. В дебатах по проблемам здравоохранения выделяются три воззрения на стратегическое руководство:

- Некоторые авторы утверждают, что произошло значительное ослабление государств как на национальном, так и на международном уровне, прежде всего вследствие возрастающего могущества частных корпораций (Strange, 1996; Cashore, 2002; Vogel, 2008). Поэтому, сопоставляя государственное управление и руководство, они показывают ситуацию, в которой государства всегда слабее.
- Другие авторы обращают внимание на тот факт, что сфера, масштабы и характер действий государственного управления в контексте новых стратегических проблем и после системных потрясений последнего десятилетия фактически расширяются (Jessop, 2002; Crawford, 2006; Moss et al, 2006; Sorenson, 2006; Bell & Hindmoor 2009). Это расширение можно видеть как в традиционных, так и в новых типах мер иерархического регулирования, в новых отношениях между государствами и новых, более сложных отношениях между многими заинтересованными сторонами.

В области здравоохранения государства расширяют свое влияние на многие секторы общества. Например, действия по сокращению потребления табака, предпринятые в последнее десятилетие, привели к принятию новых регуляторных мер, которые затронули такие сферы жизни, куда раньше государство не вторгалось. Заключение крупных международных договоров, таких как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (ВОЗ, 2003), и продолжение переговоров о ее реализации требует подхода на основе самого широкого участия многих заинтересованных сторон. Регламентация табачных изделий затрагивает не только табачную промышленность и фермеров, выращивающих табак, производителей и продавцов, но и, например, секторы общественного питания и рекламы, таможенные органы и ведомства, контролирующие торговлю незаконными товарами. Аналогичные процессы происходят и в области борьбы с ожирением.

- В третьем философском воззрении (Michalski et al., 2001; Keane, 2009) подчеркивается динамизм, возникший в стратегическом руководстве в результате прямого участия людей в решении вопросов, касающихся качества их жизни, таких как городское строительство, охрана окружающей среды и продовольственные системы и охрана здоровья. Примерами здесь могут служить находящиеся под контролем граждан местные советы по пищевым продуктам и советы кварталов или микрорайонов.

Характерной особенностью рассредоточенного руководства является то, что оно приводит к горизонтальным, многоуровневым подходам с участием многих заинтересованных сторон. При рассредоточении руководства существенное значение имеют три типа горизонтального, или совместного руководства: общегосударственное, с участием многих заинтересованных сторон и многоуровневое. Часто применяются сразу три подхода и в таком случае они сливаются в четвертый – подход на основе участия всего общества. Необходимо подчеркнуть, что и более традиционные, иерархические формы руководства не теряют своей значимости и не заменяются полностью новыми механизмами (как подразумевается в некоторых публикациях по вопросам стратегического руководства), а просто описанные выше подходы к стратегическому руководству дополняют друг друга и комбинируются и адаптируются всевозможными способами в периоды перемен, чтобы повысить способность к решению задач. Это в полной мере относится и к области здравоохранения, где подходы с участием многих заинтересованных сторон сопровождаются возросшим интересом к законодательству об общественном здравоохранении на всех уровнях руководства (Institute of Medicine, 2011).

### **2.1.2 Расширение мониторинговой демократии**

Демократия, которую мы знаем сегодня, коренным образом отличается от того, чем она была 100 или даже 50 лет назад. Такие политологи, как John Keane (2003, 2009) и Frank Vibert (2007) обсуждали вопрос о том, в какой степени изменились политические парадигмы и как вторая половина XX века трансформировала наше понимание и концепции демократии. Они привлекли внимание к новым институтам, исследующим и контролирующим власть, которые возникли во многих областях политики и интересов, где они "повышают уровень и качество публичного контроля за властью (часто впервые во многих сферах жизни, в том числе в сфере властных отношений "под" и "над" институтами территориальных государств" (Keane, 2009). Ввиду отмеченной выше большой значимости совместного производства общественных благ, эта группа политических детерминант здоровья оказывает существенное воздействие на способность общества решать задачи в сфере охраны здоровья.

Keane (2009) утверждал, что в настоящее время возникает новый режим демократии, который он назвал "мониторинговой демократией". Поскольку граждане требуют не только более полной информации, но и возможности по-новому участвовать в жизни общества,

происходит также сдвиг в правомерности и подотчетности – от авторитарных процессов к процессам сотрудничества.

**Правомерность** определяется как "обобщенное ощущение или предположение, что действия какой-либо организации-субъекта права являются желательными, правильными или подобающими в рамках некоторой выработанной обществом системы норм, ценностей, убеждений и определений" (Suchmann, 1995). Правомерность зависит от уровня ее признания различными непосредственными и внешними заинтересованными сторонами. Важными факторами для создания необходимого для правомерности доверия являются представительство, открытость для участия всех без исключения и прозрачность. Кроме того, правомерность зависит от способности процесса вовлечь заинтересованные стороны в содержательный диалог, в котором они ощущают себя полноправными хозяевами и видят возможность получить для себя выгоды, для чего требуются полная гласность, открытость и уважительное отношение. Для начинающих формироваться процессов с участием многих заинтересованных сторон может возникнуть серьезная угроза, если партнеры в этих процессах не будут регулярно контролировать прозрачность ощущений и ожиданий в отношении участия в них (Burger & Mayer, 2003; Vallejo & Hauselmann, 2004)

Мониторная демократия – это "пострепрезентативная" демократия, при которой механизмы мониторинга власти и контролирования власти распространяются "по горизонтали и по вертикали через весь политический порядок". Она представляет эпоху социологических обследований, фокус-групп, совещательных опросов общественного мнения, онлайн-петиций и голосований в аудиториях и среди потребителей, а также аудиторских комиссий, общественных палат, мозговых центров на базе Интернета, местных собраний, региональных парламентов, саммитов и глобальных "сторожевых" организаций. Она представляет переход от политической системы "один человек – один голос, один представитель" к системе "один человек – много интересов, много мнений, много голосов и много представителей". Как показано в докладе Комиссии по измерению эффективности экономики и социального прогресса (Stiglitz et al., 2010), важность объекта измерения возрастает, если люди не считают, что опыт их повседневной жизни отражен в данных, представленных органами государственного управления и другими институтами общества. Несомненно, это подрывает доверие. "Одна из причин того, что большинство людей могут воспринимать свое положение как ухудшающееся, несмотря на рост среднего показателя валового внутреннего продукта, состоит в том, что их положение стало хуже."

В сфере здравоохранения, где значительную роль играют фактические данные, это имеет особенно большое значение, о чем будет говориться ниже.

**Подотчетность** "описывает процесс, в ходе которого реализуется обязанность "давать отчет" какому-либо органу власти или управления за свои действия... Эта обязанность является внешней для подотчетного лица или органа в том смысле, что отчет дается другому лицу или органу, находящемуся за пределами юрисдикции подотчетного лица или органа; она подразумевает социальное взаимодействие и социальный обмен, то есть одна сторона – сторона, требующая отчета – стремится получить ответы и добиться устранения недостатков, в то время как другая сторона – подотчетная – отвечает и выступает в качестве объекта обращаемых на нее санкций; это подразумевает наличие прав власти в том смысле, что требующее отчета лицо или орган утверждает свои права высшей власти над подотчетным лицом или органом, включая право требовать ответов и налагать санкции...

Однако в последнее время понятие подотчетности вышло за рамки отношений представительной демократии и распространилось на области, в которых различные аспекты основного смысла "подотчетности", описанные выше, уже не действуют. "Например, словом подотчетность теперь часто обозначают чувство индивидуальной

ответственности и заботы об общественных интересах, которое должно быть у государственных служащих ("профессиональная" и "личная" ответственность), некое "внутреннее" ощущение, выходящее за пределы основной внешней направленности этого понятия. Во-вторых, считается также, что "подотчетность" – это элемент различных институциональных сдержек и противовесов, посредством которых демократические режимы пытаются контролировать действия правительств (подотчетность как "контроль"), даже когда отсутствует взаимодействие или отношения между правительствами и контролирующими их институтами. В-третьих, "подотчетность" связана с тем, в какой степени государственные органы удовлетворяют пожелания или потребности своих граждан (подотчетность как "отзывчивость"), независимо от того, вынуждают их делать это посредством процессов авторитарных отношений и контроля или нет. В-четвертых, "подотчетность" применяется для обозначения публичной дискуссии между гражданами, на которой зиждется демократия (подотчетность как "диалог"), даже когда нет и намек на какую-либо авторитарность или подчиненность между сторонами отношений подотчетности." (Mulgan, 2000).

По мере того, как власть рассредоточивается по всей системе государственного управления и по обществу, начинает играть роль целый ряд новых действующих субъектов – от "донорских" учреждений до центральных банков и рейтинговых агентств типа "Стандард энд Пурс", и значение этой роли выходит за пределы отдельных стран. На уровне страны это могут быть самые разные субъекты – от поставщиков общественных услуг, таких как независимые службы новостей для Британской радиовещательной корпорации и французское Агентство санитарной безопасности пищевых продуктов, до ведомств по оценке и мониторингу рисков, таких как Уполномоченный по правам ребенка в Швеции. Этот новый тип никем не избираемой власти сопровождает переход к обществу знаний. Многие из этих субъектов организовались по собственной инициативе, однако некоторые были созданы избранными органами власти, но руководят ими зачастую невыборные должностные лица, работающие на порядочном удалении от влияния и ритма периодических избирательных кампаний. Vibert (2007) назвал этот феномен "возвышением неизбранных" и считает этих действующих субъектов новой, четвертой ветвью власти (дополняющей исполнительную, законодательную и судебную ветви). Еще одним механизмом, который используется все чаще (в том числе и в здравоохранении), является комиссия, хотя создаются также и новые типы учреждений здравоохранения, такие как Австралийское национальное агентство профилактического здравоохранения и Комиссия по социальной устойчивости города Мальмё.

**Австралийское национальное агентство профилактического здравоохранения** призвано оказывать помощь Совету правительств австралийских штатов и Конференции австралийских министров здравоохранения в решении постоянно усложняющихся проблем, связанных с профилактикой хронических заболеваний. Агентство будет содействовать профилактике путем предоставления министрам здравоохранения штатов рекомендаций, основанных на фактических данных, поддержки в получении фактических данных и информации о состоянии профилактического здравоохранения в Австралии и об эффективности профилактических вмешательств, а также путем разработки национальных рекомендаций и нормативов в отношении мероприятий в области профилактического здравоохранения. В состав консультативного совета войдет один представитель Австралийского Союза, не более двух представителей от правительств штатов и территорий и не менее пяти, но не более восьми других членов, имеющих специальные знания и опыт в области профилактического здравоохранения.

**Комиссия по социальной устойчивости города Мальмё** (Швеция) была создана для разработки плана, целей и стратегий уменьшения неравенства в отношении здоровья в городе Мальмё. Город будет руководствоваться этим планом в своих усилиях по уменьшению различий в состоянии здоровья между группами населения. Исходной

точкой является всеобъемлющая общенациональная цель в области общественного здравоохранения – "создание социальных условий для хорошего здоровья на равных основаниях", при этом особое внимание должно уделяться оказанию влияния на структурные потребности в медико-санитарных услугах. Цель Комиссии состоит в том, чтобы заложить в городе Мальмё основу и вооружить город инструментами для контроля, установления приоритетов и осуществления мероприятий, влияющих на потребности всех жителей Мальмё в медико-санитарных услугах и уменьшающих неравенство в отношении здоровья. Комиссия является независимым органом, деятельность которого должна быть полностью прозрачной. Она должна побуждать организации и жителей города делиться своим опытом и принимать участие в анализе и в формулировании стратегий. Важно, чтобы результаты работы Комиссии были доступны и обнародованы как в стране, так и за рубежом, например, чтобы о них рассказывалось на совещаниях, слушаниях и в лекциях для граждан, людей, занятых в торговле, компаний, групп лоббирования особых интересов и учебных заведений.

### **Электронное руководство**

В последнее десятилетие электронное, или цифровое руководство стало предметом широкого обсуждения, а также новой реальностью в общении и взаимодействии между государством и обществом. Все больше и больше местных органов государственного управления пользуются Интернетом для общения со своими гражданами. Если между странами-членами ОЭСР и странами, не входящими в ОЭСР, существует цифровой барьер, то в отношении использования цифрового руководства городами картина довольно интересная и смешанная: такие города, как Братислава, Любляна и Загреб ничем не уступают более крупным городам, таким как Лондон, Париж и Токио. Все больше муниципалитетов публикуют результаты оценки показателей функционирования на своих веб-сайтах. Число веб-сайтов, предоставляющих данные от таких систем оценки, к 2007 г. во всем мире удвоилось, что свидетельствует о движении в направлении более открытого совместного осуществления государством и обществом стратегического руководства – движении, которое зависит от распространения в обществе технологии, расширяющей возможности граждан в масштабах, которых общество не знало после изобретения и распространения печатной машины. Цифровое руководство также поможет странам, которые в настоящее время пересматривают свои структуры государственного управления ввиду крупных политических сдвигов.

Например, прошедший в 2011 г. Саммит информационно-коммуникационных технологий Молдовы, который был организован на основе результатов и опыта проведения аналогичного саммита в 2010 г., собрал заинтересованных партнеров, представляющих правительство, молдавское деловое сообщество, многонациональные компании и учебные заведения, для обсуждения международных и национальных тенденций и вызовов, с которыми сталкивается данная отрасль. В частности, на Саммите был выработан план осуществления цифровых преобразований (в том числе в здравоохранении) в Молдове путем полноценной интеграции технологии в общественную и частную жизнь, и была сформулирована программа опережающих действий по укреплению конкурентоспособности национального сектора информационно-коммуникационной технологии.

### **Прага показывает пример передовой практики в цифровом стратегическом руководстве**

Прага стала восходящей звездой в области внедрения цифрового городского управления: она перешла с 15 на 2 место в рейтингах за период с 2007 по 2009 гг., обогнав даже "самый подключенный" город в мире – Сеул (Республика Корея) по удобству пользования вебсайтом и по активности граждан. Быстрый подъем Праги показывает, чего можно добиться при наличии политической воли и преданных своему делу должностных лиц в области информационной технологии и специалистов по государственному управлению (Holzer et al., 2010).

**"Системы государственного управления будущего должны быть полностью оснащены современной техникой и укомплектованы технически грамотными кадрами.** Необходимо перестроить базу и процессы в области политики, законодательства и регулирования таким образом, чтобы они соответствовали динамике мира, объединенного в сети. Информационная инфраструктура должна обеспечивать потребности новых форм и методов сотрудничества, информирования и стратегического руководства при максимальном использовании всех ресурсов. Даже в самых бедных регионах благодаря использованию недорогих мобильных и беспроводных технологий появились блестящие примеры инноваций в предоставлении услуг. Системы государственного управления с более ровной структурой, динамичные, модернизированные и технически оснащенные (т.н. системы FAST), имеют больше шансов привлечь и удержать новое поколение гражданских служащих, которые смысл своей деятельности видят в решении задач, достижении результатов и внедрении инноваций." (World Economic Forum, 2011).

### 2.1.3 "Общая ценность"

Наибольшие споры при обсуждении нового подхода к руководству вызывает вопрос о роли бизнеса. Роль эта в отношении руководства здравоохранением оспаривается по многим позициям, и наиболее яркие примеры этого дают "табачные войны" (Brandt, 2007), а в самое последнее время – споры вокруг чрезмерного влияния пищевой промышленности (Nestle, 2007). В процессе решения обществом и лицами, формирующими политику, "каверзной проблемы" эпидемий, усиливаемых товарами потребления и коммуникацией, таких как эпидемия ожирения, регулярно обсуждается социальная ответственность секторов промышленности и бизнеса. Вопросы безопасности продукции и здоровья потребителей, а также охраны труда на производстве и здоровья работников остаются в центре внимания с точки зрения здравоохранения. Прогресс в этих направлениях часто регулируется на национальном уровне, а в последнее время и на европейском. Принять же международное законодательство о доступе к лекарственным препаратам, вредной продукции и здоровье потребителей часто бывает трудно из-за влияния и могущества частного сектора. Тем не менее, были и успехи, например, Рамочная конвенция ВОЗ о борьбе против табака (ВОЗ, 2003) и Дохинская декларация "Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение" (World Trade Organization, 2001).

В 2001 г. государства-члены Всемирной торговой организации приняли министерскую декларацию, в которой прояснили двусмысленность в применении правительствами принципов общественного здравоохранения и в толковании условий Соглашения по аспектам интеллектуальной собственности, связанным с торговлей (Соглашения по ТРИПС). Признавая роль защиты интеллектуальной собственности "для разработки новых лекарственных средств", министры в своей Декларации также признают справедливой озабоченность по поводу ее влияния на цены. В Дохинской декларации подтверждается, что "Соглашение по ТРИПС не мешает и не должно мешать государствам-членам принимать меры по охране здоровья населения". В этом отношении в Дохинской декларации закрепляются принципы, которые многие годы открыто отстаивала и продвигала ВОЗ, а именно: подтверждено право государств-членов Всемирной торговой организации в полной мере использовать положения о гарантиях, содержащиеся в Соглашении по ТРИПС, для защиты здоровья населения и улучшения доступа населения в бедных странах к лекарственным средствам.

На фоне распространения пандемии неинфекционных заболеваний заметен значительный вклад бизнеса в причины этой пандемии, особенно в странах со слабой законодательной базой. Правительства и международные организации испытывают нажим со стороны промышленности, для которой характерна высокая степень глобализации и которая часто

может причинять ущерб здоровью. Например, в 2003 г. Ассоциация сахара США, объединяющая более 300 компаний, пригрозила оказать нажим на Конгресс Соединенных Штатов Америки с тем, чтобы он прекратил финансировать ВОЗ, если ВОЗ в своем докладе о рационе питания и потреблении пищевых веществ не отменит своих же рекомендаций в отношении потребления сахара.

Таким образом, за последние несколько десятилетий разрыв между интересами бизнеса и общества увеличился; фармацевтическая промышленность и компании, выпускающие табачные изделия, спиртные напитки, пищевые продукты и безалкогольные напитки, оказались под огнем критики со стороны потребителей и неправительственных организаций в ходе проводимых ими кампаний по укреплению здоровья. Многие из этих компаний могли бы внести значительный вклад в охрану здоровья и существенно повлиять на детерминанты здоровья, если бы переориентировали свои исходные посылки.

Один из лидеров бизнеса заявил: "Компании несут ответственность перед всеми заинтересованными сторонами, включая акционеров и общества, которые делают возможным само их существование." (Murthy, 2011). В последние несколько десятилетий целый ряд компаний начали пересматривать свою ответственность по отношению к неинфекционным заболеваниям и теперь предоставляют поддержку глобальному Альянсу по борьбе с НИЗ и другим инициативам, таким как соглашение между Фондом Клинтон и промышленностью по производству напитков о запрещении продажи безалкогольных напитков в школах.

Ведущие компании по производству напитков в Соединенных Штатах Америки заключили соглашение сроком на 3 года с Альянсом за более здоровое поколение (совместной инициативой Американской ассоциации сердца и Фонда Уильяма Дж.Клинтон) об удалении из школ по всей стране высококалорийных безалкогольных напитков и замене их менее калорийными продуктами, разливаемыми меньшими порциями. В результате соглашения содержание калорий в напитках, отгружаемых школам, снизилось с 2004 г. на 88% (American Beverage Association, 2010).

Проблемой "возврата долга обществу" занялось движение за повышение социальной ответственности компаний – одна из форм корпоративного саморегулирования, при которой фирмы осуществляют мониторинг и обеспечивают активное соблюдение духа закона, этических норм и международных стандартов. Движение было инициировано в связи с задачей устойчивого развития – в интересах людей, планеты и прибылей, но сегодня более заметное место в нем занимают вопросы охраны здоровья. Одной из составляющих широкой кампании за более активное участие частного сектора, прежде всего через благотворительные пожертвования, является Глобальный договор Организации Объединенных Наций, инициированный в 2000 г. для вовлечения частного сектора в процесс достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия ООН. Мероприятия по повышению социальной ответственности компаний проводятся сегодня повсеместно и включают активную работу на местах, с местными сообществами и другими партнерами, в том числе с государственными органами и общественными организациями. Что касается охраны здоровья на глобальном уровне, сектор бизнеса начал играть значительную роль во многих партнерских структурах, в руководстве таких организаций, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и в содействии поиску решений проблем питания и информационной технологии в русле социального бизнеса. Сегодня участие делового сообщества в охране здоровья не ограничивается обычными партнерами, такими как фармацевтические компании, а охватывает, например, компании горнодобывающей промышленности, поставщиков информационной технологии, компании, производящие пищевые продукты и напитки, и все большее число фондов частного сектора. Murthy (2011) заявил: "Мы идем дальше традиционной филантропии,

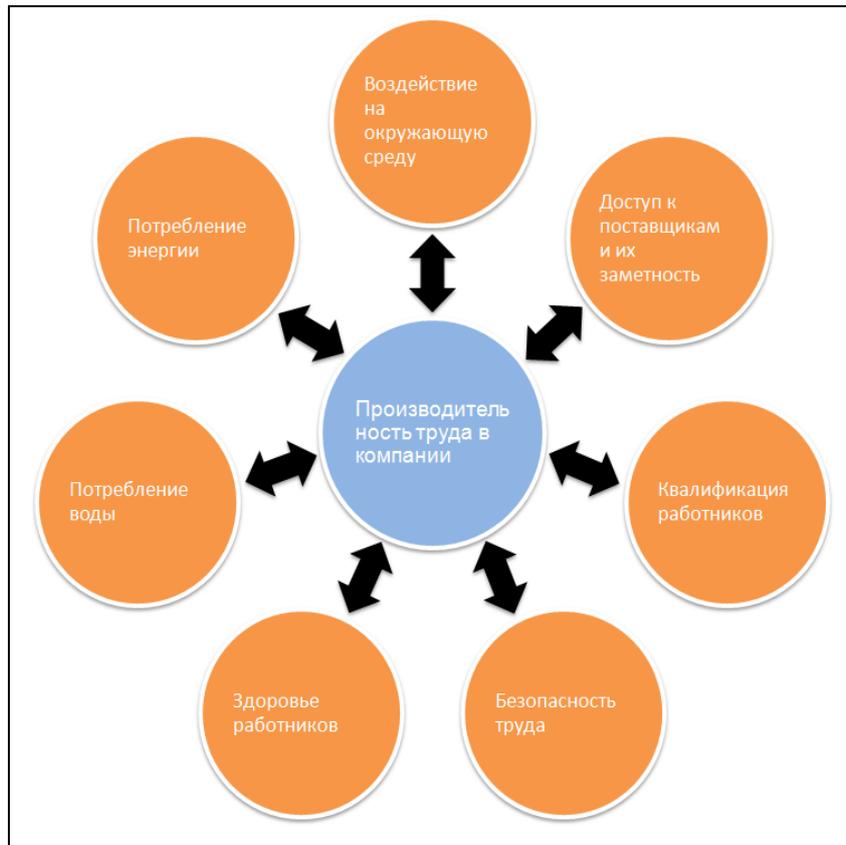
при которой компании дают только деньги и указания, к более глубоким, тщательно организуемым взаимоотношениям, в которых объединяются люди, опыт и знания и идеи."

В 1999 г. ВОЗ дала старт проекту "**Обратим малярию вспять в Азербайджане**", который целиком финансируется международной нефтегазовой компанией Eni как часть ее программы укрепления отношений с обществом. Компания помогла министерству здравоохранения активизировать мероприятия по профилактике и борьбе с малярией. Компания Eni работает с многими международными организациями, правительствами и неправительственными организациями примерно в 80 странах.

**Глобальный альянс за использование экологически чистых кухонных плит** возник в 2010 г. как партнерство между государственным и частным секторами с целью сберечь жизни людей, улучшить их источники существования, расширить права и возможности женщин и противодействовать изменению климата путем создания процветающего глобального рынка экологически чистых, эффективных решений проблемы приготовления пищи в домашних условиях. Цель Альянса "100 к 20" предусматривает, что к 2020 г. в мире будет 100 миллионов семей, использующих экологически чистые кухонные плиты и топливо с высоким КПД. Альянс сотрудничает с государственными, частными и некоммерческими партнерами в преодолении рыночных барьеров на пути производства, распространения и использования экологически чистых кухонных плит в развивающихся странах.

Доводы за и против корпоративной социальной ответственности продолжают широко дискутироваться, и критическое отношение к ним высказывают не только представители гражданского общества, но и экономисты, которые видят в этом подходе такой образ мыслей, "в котором проблемы общества находятся не в центре, а на периферии" (Porter & Kramer, 2011). Поскольку здравоохранение становится одной из основных движущих сил экономического развития, связанных с инновациями и ростом в сфере бизнеса (например, роль промышленности, производящей информационные технологии, в "мобильном здравоохранении"), могут родиться новые подходы к сопряжению социальных и коммерческих интересов. Это иллюстрируется случаем, когда "фирма вкладывает деньги в программу поддержания хорошего здоровья. Общество выигрывает, потому что улучшается здоровье работников и членов их семей, а фирма уменьшает число невыходов работников на работу и снижает потери производительности труда." (Porter & Kramer, 2011). На рис. 7 ниже показаны области, в которых эти связи наиболее сильны.

Рис. 7. Связь между преимуществами в конкуренции и социальными вопросами



Источник: Porter & Kramer (2011).

**Общая ценность:** эту концепцию можно определить как стратегии и методы работы, повышающие конкурентоспособность компании и одновременно улучшающие экономические и социальные условия в сообществах, в которых эта компания действует. Создание общей ценности связано с выявлением и расширением связей между социальным и экономическим прогрессом (Porter & Kramer, 2011).

Эти же авторы высказывают мнение о том, что социальная ответственность компаний, социальный бизнес и социальное предпринимательство – это первые шаги к изменению роли бизнеса в подходе к охране здоровья на основе участия всего общества, совершая которые, бизнес выходит за рамки филантропии и благотворительности. Porter и Kramer (2011) отмечают, что "рынки определяются именно потребностями общества, а не только обычными экономическими потребностями", и доказывают необходимость принятия бизнесом, системой государственного управления и обществом подхода с позиции общей ценности, при котором решение социальных проблем ведет к повышению производительности труда и благополучия. Одним из методов оценки и стимулирования принятия подхода с позиции общей ценности может быть использование концепции "след, оставляемый на здоровье", которая с успехом применяется для мотивации предприятий и потребителей к внедрению передовой практики в сфере потребления углеродного топлива. (Дополнительную информацию о здоровье как об "общем деле" можно почерпнуть в аналитическом документе О. Raynaud.). Как и в движении за более экологичные компании и потребительские предпочтения, охрана здоровья перестает быть вопросом корпоративной социальной ответственности и превращается в элемент, непосредственно встроенный в стратегии и модели ведения бизнеса.

Еще предстоит пройти долгий путь, и продолжаются ожесточенные споры о том, какие стратегии смогут лучше всего убедить промышленность в необходимости более

активного участия и более ответственного отношения к охране здоровья, и о том, в какой степени можно добиться подотчетности в инициативах с участием многих заинтересованных сторон. Сохраняются также широкие различия среди предприятий в их поведении в странах с сильными и слабыми регулятивными структурами. Одной из проблем охраны здоровья на глобальном уровне является экспорт нездоровых продуктов и образа жизни в развивающиеся страны, сопровождающийся маркетингом по широкому фронту и использованием такой международной системы, как соглашения Всемирной торговой организации, для сведения к минимуму ограничений на основании аргументов о ненужных негативных воздействиях на торговлю.

## **2.2 Меняющийся характер формирования политики**

Одной из ключевых проблем в формировании политики в XXI веке является действие в условиях неопределенности. Ввиду описанных выше процессов характер формирования политики изменился – эта функция стала более сложной, так как делается попытка найти решение "каверзных проблем" и устранить системные риски, предусмотреть многочисленные возможные сценарии будущего, охватить многих действующих субъектов и заинтересованных сторон и договориться о том, как нужно действовать, исходя из понимания того, что объем фактических данных все время растет и редко бывает окончательным. В качестве примера можно привести связь глобальной продовольственной системы с ростом распространенности ожирения и ее воздействие в долгосрочной перспективе на здоровье и продолжительность жизни, а также на сельское хозяйство и здоровье животных. Такая сложность затрудняет прогнозирование ясной траектории развития, не позволяет иметь полное доверие к расчетам риска или определить какое-либо сочетание поведения и технологии как "устойчивое". Новые методы прогнозирования указывают на то, что "в будущем коэффициенты смертности и расходы на медико-санитарную помощь могут быть гораздо выше, чем прогнозируется сегодня" (Reither et al., 2011). После того, как с этими новыми расчетами согласятся, они, несомненно, повлияют на объем инвестиций в решение данной проблемы, в данном случае – проблемы ожирения.

Эти неопределенности представляют собой одну из главных проблем для традиционных бюрократических систем: во-первых, они не расположены идти на риск и вряд ли будут действовать, если не смогут быть уверенными в результате; во-вторых, у них нет стимула брать на себя инициативу, выходящую за пределы их собственного сектора. Однако сегодня уже недостаточно решать крупные социальные проблемы путем отраслевого разделения труда и с прицелом на кратковременную перспективу, когда сами проблемы взаимодействуют между собой, взаимосвязаны и оказывают воздействие в долгосрочной перспективе. Также нельзя больше применять линейный подход к формированию политики, поскольку "часть каверзности проблемы заключается во взаимодействиях причинных факторов, противоречивых целях политики и разногласиях в отношении верного решения. Линейного мышления недостаточно для того, чтобы охватить эти взаимодействия и неопределенность." (Government of Australia, 2007). Возникает также вопрос: кто должен быть вовлечен в формирование политики и принятие решений, а в контексте многочисленных региональных и глобальных соглашений – на каком уровне руководства находится право принимать окончательное решение. Если делать только что-то одно, это больше не гарантирует успеха и неразумно с точки зрения расходования сил; в новых окружающих условиях органам государственного управления необходимо применять широкий спектр подходов.

Переход к формированию политики через руководство с высокой степенью сетевой организации, на нескольких уровнях и с участием многих заинтересованных сторон начался не вчера. Это переход, который набирает темпы с момента появления современной системы государственного управления, а в наши дни достигает своей кульминации. Через это изменение проходят все государственные ведомства и ветви власти как в здравоохранении, так и в других областях, а также частные компании, объединения, местные сообщества и отдельные граждане. Этот переход требует новых способов формирования политики.

**Девять характеристик, которые требуются от процесса формирования политики в XXI веке**

**Обращенность в будущее:** видение долгосрочной перспективы, основанное на статистических трендах и на подкрепленных данными прогнозах в отношении вероятного эффекта политики.

**Направленность в окружающий мир:** учет ситуации в стране, в Европе и на международной арене и реальное доведение политики до сведения заинтересованных сторон.

**Инновационный и творческий подход:** оспаривание устоявшихся методов и поощрение новых идей; открытость для комментариев и предложений от других.

**Использование фактических данных:** использование самых достоверных и полных имеющихся данных из нескольких источников и привлечение заинтересованных сторон на ранней стадии.

**Открытость для широкого участия:** учет воздействия политики на потребности каждого, кого она затрагивает прямо или косвенно.

**Совместный характер:** ориентированность на стратегические цели правительства, не ограничиваемая узководственными интересами; установление этической и правовой основы политики.

**Наличие механизма оценки:** включение в процесс формирования политики систематической оценки первых итогов.

**Наличие механизма пересмотра:** проведение постоянных пересмотров принятой политики, чтобы была уверенность в том, что она по-прежнему решает те задачи, для которых она предназначена, с учетом сопутствующих эффектов.

**Способность делать правильные выводы:** умение на основании опыта приходиться к заключению о том, что дает эффект, а что оказывается бесполезным.

Адаптировано из документа Government of Northern Ireland (1999).

Для того, чтобы полностью понять степень этого сдвига, полезно еще раз повторить, как проходил переход от государственной администрации к новому государственному управлению, а затем к "новой" системе стратегического руководства, которая включает подход на основе участия всего общества и общегосударственный подход. Многие из этих преобразований произошли в секторе здравоохранения, который в некоторых странах претерпевает постоянные реформы управления.

### **Государственная администрация**

В конце XIX века возникла и стала развиваться государственная администрация как преобладающая форма руководства. В государственной администрации власть распределяется иерархически внутри специализированных подразделений, или управлений, функции и полномочия которых определяются стабильными, исчерпывающими правилами, а государственные чиновники в них являются техническими специалистами, назначаемыми на государственную службу все чаще по своим достоинствам, а не по праву рождения или благодаря покровительству со стороны начальства (Weber, 1922; Osborne, 2010).

### **Новое государственное управление**

В период с конца 70-х годов прошлого столетия и до первых лет XXI века старые национальные и международные бюрократии подвергались критике. Их изображали раздутыми, неумелыми и слишком запоздало реагирующими на новые, сложные, взаимосвязанные вызовы, такие как стагфляция, нефтяной монополизм Организации стран-экспортеров нефти, хроническая бедность и нестабильность в менее развитых странах и глобальные финансовые кризисы, такие как обвал фондового рынка в 1987 г. Такое же изображение было и на международном уровне, где при росте числа партнерств между государственным и частным секторами и партнерств по разработке новой продукции наблюдалось более тесное сотрудничество между международными организациями и частным сектором – то, что некоторые наблюдатели назвали "многосторонними рыночными отношениями" (Bull & McNeill, 2007). Растущее влияние неолиберальной экономической теории в сочетании с новыми типами социальных проблем стало испытанием для способности государственной администрации выступать в качестве преобладающего способа руководства и положило начало (особенно в англо-саксонских странах) движению в направлении конкурирующего режима, который назвали "новым государственным управлением".

Реформы по переходу к новому государственному управлению проводились по модели частного сектора, и стиль управления в государственных организациях стал менее иерархическим, более сконцентрированным и более предпринимательским, при котором повышенное внимание уделяется контролю вводимых ресурсов и выпускаемой продукции, оценке, управлению производительностью и аудиту, использованию таких рыночных принципов, как конкуренция и контракты в сфере распределения ресурсов и поручение функций государственного управления более организованным и расторопным исполнителям в гражданском обществе и в частном секторе (Hood, 1991). В реформах по внедрению нового государственного управления обычно игнорировались проблемы горизонтальной координации и вытекающая из этого раздробленность усилий, вследствие чего в некоторой степени фактически подрывались оперативность и эффективность управления (Christensen & Laegreid, 2007).

### ***Новое стратегическое руководство, общегосударственный подход и подход на основе участия всего общества***

Если в новом государственном управлении во главу угла поставлены реформы в организациях государственного сектора и улучшение оперативности и результативности их работы за счет применения рыночных механизмов, то "новое стратегическое руководство" основывается на изменяющихся условиях практики государственной администрации и наступающих в результате изменений в отношениях между сферами полномочий, между секторами и с третьими сторонами (Frederickson, 2005; Klijn, 2005). Оба описанных ниже подхода – общегосударственный и на основе участия всего общества – включают в себя руководство с участием многих заинтересованных сторон на нескольких уровнях.

Они требуют, чтобы системы государственного управления принимали на себя разнообразные роли (рис.8): роль "главнокомандующего", устанавливающего обязательные регламенты, которые определяют границы и правила для потребителей и всех заинтересованных сторон; роль поставщика общественных благ и услуг; роль распорядителя государственных ресурсов и роль партнера по совместным мероприятиям с другими системами управления, компаниями и организациями гражданского общества (Dubé et al., 2009).

Рис. 8. Основные роли государственной политики



Источник: Dubé, Thomassin & Beauvais (2009); MWP (2011).

#### *Подход на основе участия всего общества*

Целый ряд стран уже перешли на общегосударственный подход, иногда называемый "объединенным руководством", который представляет собой рассредоточение руководства по вертикали по разным уровням государственного управления и областям руководства, а также по горизонтали между секторами.

**Федеральная программа устойчивого развития Канады** позволяет сделать процесс принятия решений в области охраны окружающей среды более прозрачным и повысить уровень подотчетности перед парламентом страны. Это достигается благодаря установлению системы планирования и отчетности в области устойчивого развития, включающей следующие элементы: интегрированную картину действий всей системы государственного управления и результатов этих действий по обеспечению экологической устойчивости; увязку между планированием и отчетностью в области устойчивого развития и основной системой планирования и отчетности о расходах, используемой правительством Канады; полноценные измерения, мониторинг и отчетность для того, чтобы можно было отслеживать достигаемый прогресс и отчитываться перед населением Канады. Эта стратегия была разработана и реализуется совместно на всех уровнях государственного управления, чтобы повысить прозрачность и улучшить подотчетность. Общая ответственность за реализацию стратегии возложена на министра окружающей среды.

Общегосударственный подход часто считают наиболее подходящим способом решения "каверзных" проблем в системе государственного управления. Работа проводится на нескольких уровнях, охватывает мероприятия и действующих субъектов местного и

глобального масштаба, и в нее все больше вовлекаются группы, не входящие в систему государственного управления. Такой подход стал особенно уместным при выработке и принятии государственной политики в области здравоохранения. Он требует, чтобы все действующие субъекты считали улучшение здоровья и благополучия населения целью всего общества, для достижения которой нужны совместные действия.

**В штате Южная Австралия** главным государственным ведомством, дающим премьер-министру и министрам профессиональные консультации по вопросам политики, помогающим кабинету министров и указывающим всей государственной службе общий курс и выполняющим функции ее лидера является департамент управления делами премьер-министра и кабинета министров. Департамент осуществляет надзор за реализацией стратегического плана Южной Австралии, несет общую ответственность за связи между федеральным центром и штатом и возглавляет инициативы правительства в целом ряде служб, услугами которых пользуются как другие государственные ведомства, так и все общество. Решающее значение для внедрения общегосударственного подхода к охране здоровья и благополучия имела интеграция принципа учета интересов здоровья во всех направлениях политики, известного как "анализ через призму здравоохранения", непосредственно в стратегический план Южной Австралии.

Программа **ActNow BC** ("Принятие безотлагательных мер в Британской Колумбии") представляет собой межведомственную инициативу по укреплению здоровья, направленную на повышение уровня здоровья жителей провинции Британская Колумбия путем принятия мер по воздействию на наиболее распространенные факторы риска и снижению распространенности хронических заболеваний. Министерство здравоохранения Британской Колумбии, инициировавшее эту программу, знало, что в одиночку ему не удастся достичь поставленных целей, так как слишком много факторов, влияющих на способность людей делать выбор в пользу здоровых альтернатив (например, доступ к приемлемой по цене здоровой пище), находятся за пределами его возможностей. Чтобы преодолеть это препятствие, премьер-министр ввел должность государственного министра по реализации программы ActNow BC, которому было поручено организовать и возглавить общегосударственный подход и координировать участие в программе всех министерств провинции. Министерство транспорта предоставляет местным общинам финансовые средства для оборудования или расширения велосипедных дорожек, а программа "Продовольственные системы местных общин для здорового образа жизни" при поддержке министерства сельского хозяйства и земельных угодий внедряет систему общинных огородов и столовых в двенадцати местных общинах коренного населения. От всех министерств требуется применять "анализ через призму укрепления здоровья".

Общегосударственный подход часто используется для восполнения субъективно воспринимаемого недостатка командно-административного управления в центре, необходимого для достижения какой-либо приоритетной цели или общих целей, путем внедрения новой организационной структуры и реорганизации. Для этого подхода требуется создать доверие, общую этику, связующую культуру и выработать новые навыки. Общегосударственные подходы требуют много времени и ресурсов, но могут быть особенно пригодны для решения сложных стратегических вопросов. Для их реализации нужна полная поддержка со стороны всей системы и руководителей высшего уровня. Conklin (2006) определил этот подход как выработку общего понимания проблемы и общей приверженности ее возможному решению. Для общегосударственных подходов характерно наличие центральных стратегических отделов, например, при канцелярии премьер-министра, которые иногда создаются специально для решения конкретных приоритетных задач. К ним также относятся комиссии кабинета министров, межминистерские или межведомственные отделы, межправительственные советы, специальные рабочие группы, назначение ведомств в качестве головных, межсекторальные программы и проекты и (как, например, в Соединенных Штатах

Америки) так называемые "главные координаторы государственных программ", которые отвечают за надзор за стратегиями и убеждение ведомств в необходимости работать вместе. Их можно встретить почти во всех областях государственной политики; в области здравоохранения важную роль играет руководитель глобальной организации по борьбе со СПИДом или глава управления по борьбе с наркоторговлей. Одним из аспектов является поиск путей более прагматичного и разумного сотрудничества вместо создания новых формальных структур. Такой подход также называют "сетевым руководством" (Christensen & Laegard, 2007).

Общегосударственный подход включает в себя сложность осуществления стратегического руководства на нескольких уровнях – ведения работы на национальном, областном (провинциальном) и местном уровнях государственного управления. Во многих странах ответственность за общественное здравоохранение, оказание медико-санитарной помощи и целый ряд детерминант здоровья была передана региональному и местному уровням. Стратегическое руководство на нескольких уровнях согласуется с идеей о том, что руководство возникает из взаимодействий между целым рядом государственных и негосударственных субъектов, действующих на разных юрисдикционных, географических и организационных уровнях и имеющих разные формы и степень власти (Hooghe & Marks, 2003). Стратегическое руководство на нескольких уровнях, которое часто связано с глобальным и региональным руководством, предполагает взаимодействие по горизонтали и по вертикали между местными, национальными, региональными и глобальными политическими аренами. Важная роль в нем отводится местным органам власти как лидерам в новых подходах к стратегическому руководству в интересах здоровья.

**Европейским союзом** в Регионе создан целый ряд специализированных учреждений, таких как Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Европейское агентство по безопасности и гигиене труда и Европейское управление безопасности пищевых продуктов, которые соединяют интересы Европейского союза, его государств-членов и, в конечном счете, граждан.

**Инновационное стратегическое руководство в интересах здоровья населения мира:** Заслуживают внимания новые формы сотрудничества в глобальном руководстве. Значительно возросло число организаций, связанных с охраной здоровья населения мира. Одним из главных катализаторов рассредоточения стратегического руководства стало движение за легитимное (с участием людей, живущих с ВИЧ) и эффективное глобальное стратегическое руководство с целью прекращения распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Для координации мер в ответ на глобальный вызов, также с участием гражданского общества, была учреждена программа ЮНЭЙДС. Такими учреждениями, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянсом ГАВИ, были созданы новые структуры руководства с участием многих заинтересованных сторон.

В 2001 г. на территориях, подведомственных местным органам власти в Англии, были образованы **местные стратегические партнерства**. Эти предусмотренные законом органы объединяют всех поставщиков услуг в государственном секторе, частные компании и общественные организации в целях предоставления единообразных общественных услуг на каждой из территорий и преодоления ранее существовавшего разноречия в оказании общественных услуг.

В общегосударственном подходе не только делается акцент на улучшение координации и интеграции: координация и интеграция направляются на достижение целей всего общества, выразителем которых является государство. Примером общегосударственного подхода к присвоению приоритетности стратегическому руководству в интересах здоровья и благополучия является принцип учета интересов здоровья во всех направлениях политики и стратегиях, который отражает оба вектора участия других секторов, помимо сектора здравоохранения: воздействие других секторов на здоровье и

воздействие здоровья на другие секторы. Аналитическое исследование *Crossing sectors*, выполненное Агентством общественного здравоохранения Канады (Public Health Agency of Canada et al. (2007)), подтвердило, что баланс, по-видимому, смещается от межсекторальных действий в интересах здоровья в сторону межсекторальных действий в интересах достижения целей общества.

Основываясь на успехе стратегий модернизации государственного управления в Канаде, Новой Зеландии и Сингапуре, федеральное правительство Объединенных Арабских Эмиратов разработало целостный подход к достижению более гибкого, обращенного в будущее "совместного" государственного управления. Успех этого подхода достигнут благодаря ведомству, находящемуся в центре системы государственного управления, которое продвигает и возглавляет процесс модернизации и получает свои полномочия непосредственно от руководителей страны. На ведомство возложены четыре задачи: поддержка и организация формирования политики в целом через разработку национальных стратегий, обеспечение подотчетности и надлежащего осуществления руководства путем управления качеством функционирования и координации программ, охватывающих все секторы, обеспечение гибкости и постоянного совершенствования работы правительства посредством повышения организационной оперативности и безупречной работы всех служб и поддержка кабинета в принятии решений и общении с заинтересованными сторонами. На рис. 9 показаны эти функции и связанные с ними виды деятельности (World Economic Forum, 2011).

Рис. 9. Модернизация государственного управления



Источник: World Economic Forum (2011).

### *Подход на основе участия всего общества*

Подход на основе участия всего общества добавляет еще один уровень сложности к рассредоточению руководства. Обычно для решения "каверзных проблем" требуется нечто большее, чем общегосударственный подход: решения требуют вовлечения многих заинтересованных сторон, прежде всего граждан. Поэтому для осуществления деятельности по достижению общих целей общества создается все больше платформ и альянсов. Цель подхода на основе участия всего общества заключается в расширении общегосударственного подхода за счет усиления роли частного сектора и гражданского общества, а также широкого круга лиц, принимающих политические решения, таких как депутаты парламента. Сети по выработке и реализации политики, возникшие в системе государственного управления, все чаще выходят за рамки этой системы и включают других действующих субъектов в обществе, особенно для рассмотрения таких каверзных проблем, как ожирение (Dubé et al., 2009) и готовность к пандемиям (ВОЗ, 2009).

**Действия правительства по внедрению подходов на основе участия всего общества.** На основании рекомендаций ВОЗ о том, как внедрять подход к обеспечению готовности к пандемиям на основе участия всего общества, правительствам рекомендуются следующие действия:

- Учредить правительственный комитет или специальную рабочую группу для координации деятельности.
- Организовать форум, в работе которого участвовали бы гражданское общество и частный сектор.
- Назначить одно ведомство или министерство для координации участия учреждений и организаций из различных секторов.
- Интегрировать планы работы по конкретным вопросам с общенациональными процессами управления, планами и комитетами.
- Установить положительно сформулированные правовые и этические рамки для реализации политики.
- Сформулировать четкие планы работы по конкретным вопросам, в которых были бы отражены порядок субординации, требуемые кадровые, материальные и финансовые ресурсы и их источники.
- Создать участки с обозначенными границами, структуры и стандартизованные технологические операции.
- Согласовать планы работы по конкретным вопросам с планами в соседних странах.
- Стимулировать участие частного сектора.
- Делиться своими планами для того, чтобы облегчить понимание их общественностью и согласование с планами других стран.
- Узнавать у соседних стран (на совещаниях или семинарах) о различных аспектах их планов, имеющих региональное или международное значение.
- Выявить социальные группы, которые могут оказаться наиболее уязвимыми и пострадать больше всех и принять меры по их защите.
- Определить, какие учреждения и организации будут оказывать услуги, наиболее подходящие для каждой уязвимой группы населения на всех выбранных участках.
- Оговорить уровень государственного управления (национальный, областной, местный, уровень местной общины), который будет ответственным за каждое мероприятие.
- Консультировать местные органы власти по вопросам планирования и проводить

обучение сотрудников для практического распространения рекомендаций на всех уровнях.

- Вовлекать национальные и международные организации и назначить координационный орган.
- Проводить не реже одного раза в год тренировки, имитационные занятия или учения для проверки надежности принятого плана, выявления пробелов и пересмотра плана в соответствии с результатами проверки.
- Привлекать к имитационным занятиям частный сектор, гражданское общество и международные организации.

Подход к руководству на основе участия всего общества подразумевает появление нового, большего потенциала общения и сотрудничества в сложных условиях повсеместного распространения сетей и показывает важную роль средств массовой информации и новых форм коммуникации. Каждая сторона должна вкладывать в стратегию ресурсы и свой опыт и знания. Благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, местных сообществ и отдельных граждан, подход на основе участия всего общества повышает способность местных общин преодолевать угрозы их здоровью, безопасности и благополучию. Как было отмечено Raquet (2001), "сотрудничество – это новый категорический императив." Подход на основе участия всего общества не ограничивается учреждениями: он оказывает мобилизующее влияние на местную и глобальную культуру и средства массовой информации, сельские и городские общины и все стратегически важные для здравоохранения секторы политики, такие как образование, транспорт, охрана окружающей среды и даже градостроительное проектирование, что иллюстрируется на примере проблемы ожирения и глобальной продовольственной системы.

**Предупреждение дорожно-транспортного травматизма.** В 1987 г. группа врачей-реаниматологов в Новой Зеландии решила включиться в работу по предупреждению дорожно-транспортного травматизма. Главное место в этой работе занимало изменение представления людей о дорожно-транспортном травматизме, а для этого нужно было отвергнуть понятие "несчастные случаи". Информационная кампания стала успешной акцией лоббирования, основанной на искусном использовании СМИ, которые для повышения осведомленности граждан использовали каждую автокатастрофу и каждый случай смерти – оперативно сообщали о них и, не щадя чувств аудитории, расписывали все детали, поименно называя жертвы и используя новейшие способы подачи информации, которой они владели сполна. Во всех средствах массовой информации всячески подчеркивался термин "дорожно-транспортное происшествие", которым пользуются коронеры в своих заключениях о случаях смерти на дороге и к которому с одобрением отнеслось министерство здравоохранения. В электронных и печатных СМИ, среди политиков и общественности стали активно обсуждать вопрос об устройстве разделительных барьеров посередине проезжей части. В июле 1988 г. в парламент страны была представлена петиция от города Окленд, под которой было поставлено 16000 подписей. Нажим на министерство транспорта усиливался, и поэтому премьер-министр объявил о новой политике, в соответствии с которой "все новые автострады будут проектироваться с разделительным барьером вдоль центральной оси, а все старые автострады будут реконструированы." К 1992 г. работы по установке барьеров в Окленде были завершены (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г.).

Подходы на основе участия всего общества – это форма совместного руководства, при которой особое внимание уделяется координации деятельности путем использования нормативных ценностей и укрепления взаимного доверия среди самых разнообразных действующих субъектов. Эти подходы обычно подразумевают использование "инструментов руководства", которые имеют менее приказной характер, менее ориентированы на единообразие методов, с меньшей степенью централизации и

иерархичности. Хорошей основой для них является наличие совместных стратегических целей и тактических задач, как, например, в стратегии Соединенных Штатов Америки "Здоровый народ 2020" (Davis, 1998; Federal Interagency Workgroup, 2010; US Department of Health & Human Services (2010). Аналогичную основу имеют под собой многие стратегии Европейского союза, поскольку их принятию предшествует процесс широких консультаций, в котором обычно участвуют все заинтересованные стороны, как государственные, так и частные, хотя и с разным уровнем влияния.

Стратегия "**Здоровый народ 2020**", принятая в Соединенных Штатах Америки, отражает мнения и предложения разнородной группы людей и организаций. Общий замысел стратегии, ее предназначение и общие цели служат основой, на которой построена структура и методика достижения поставленных целей. Хотя они и носят общий характер, в них указаны конкретные и важные области, в которых должны быть предприняты меры к тому, чтобы Соединенные Штаты Америки могли к 2020 году улучшить здоровье народа. Основа проекта, разработанная под руководством Федеральной межведомственной рабочей группы, базируется на тесном и всестороннем сотрудничестве между министерством здравоохранения и социальных служб и другими федеральными ведомствами, заинтересованными представителями общественности и консультативным комитетом.

В **Европейском союзе** политика все больше приобретает новые признаки: "совещательный консенсус часто считается временным; руководство на нескольких уровнях – это значит соединение разных уровней государственного управления, и очень важный смысл этого состоит в том, что государственное управление не имеет выраженной иерархической структуры или вообще не имеет никакой иерархии; отход от представительной демократии, когда подотчетность определяется с точки зрения прозрачности и возможности у лиц и организаций равного статуса критически исследовать деятельность власти; сочетание общих рамочных целей, спускаемых сверху, и значительной автономии у структур и субъектов более низкого уровня, позволяющей им наново определять цели в свете полученных знаний; выстраивание политики на основе отчетности о достигнутых результатах и участия в проведении экспертных оценок, при которых результаты сравниваются с результатами, достигнутыми теми, кто использует другие средства для достижения одних и тех же общих целей" (Greer & Vanhercke, 2010).

Термин "руководство с участием многих заинтересованных сторон", или "делегированное руководство" часто используется в контексте подходов на основе участия всего общества. К заинтересованным сторонам обычно относятся государство, частный сектор, неправительственные организации и другие члены гражданского общества, такие как гражданские фонды (Burger & Mayer, 2003). Эта концепция стала использоваться в дебатах по общественному здравоохранению, в частности, в дискуссии о повышении оперативности в решении задач, которую также называют "руководством на основе достигнутого", и правомерности. Но если участие гражданского общества теперь является признанной характеристикой многих процессов стратегического руководства, то возможность участия частного сектора по-прежнему оспаривается, особенно на основании правомерности.

Программа **ActNow BC**: сфера действия программы **ActNow BC** расширилась, и в настоящее время в ней участвуют более 70 партнеров, в том числе неправительственные организации, местные общины, школы и частный сектор, которые осуществляют проекты и оказывают услуги в рамках ActNow BC по всей провинции Британская Колумбия. В одном из проектов, осуществляемых совместно с Фондом молочной промышленности Британской Колумбии, было закуплено 900 холодильников для школ, чтобы хранить в них свежие пищевые продукты – молоко, фрукты и овощи (Health Council of Canada, 2007).

### 3. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

На протяжении десятилетий представители сектора здравоохранения утверждали, что охрана здоровья зависит от стратегий и процессов, к зарождению которых сектор здравоохранения не имеет никакого отношения, и история большинства крупных достижений в области здравоохранения подтверждает эту точку зрения. Требуемый подход к охране здоровья описывался по-разному: как "межсекторальные действия в интересах здоровья" и "государственная политика, учитывающая интересы здоровья", а в последнее время еще и как "учет интересов здоровья во всех стратегиях", "совместное стратегическое руководство в интересах здоровья" и "стратегическое руководство в отношении детерминант здоровья". Опираясь на аргументы, приведенные в первых двух главах настоящего исследования относительно динамики нового стратегического руководства и меняющегося характера процесса выработки политики, мы исходили из понимания стратегического руководства как процесса и системы отношений.

В недавно опубликованном докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2008) вновь описываются многочисленные социальные детерминанты, составляющие "причины причин" хорошего или плохого здоровья, а также многочисленные области принятия социальных и политических мер, необходимых для осуществления перехода к более справедливому распределению здоровья. Доклад позволил крепче, чем когда-либо ранее, привязать межсекторальные дебаты по этому вопросу к приверженности социальной справедливости. Тем не менее, тот факт, что во многих странах не было достигнуто реального и устойчивого участия других действующих субъектов в области охраны здоровья и обеспечения социальной справедливости, означает, что для дальнейшего прогресса необходимо более ясное понимание здоровья и стратегического руководства. Мы полагаем, что для этого потребуются признание всеми сторонами наличия системных рисков и "каверзных проблем" и совместная работа в рамках общегосударственного и основанного на участии всего общества подходов, с осознанием необходимости сближения позиций для достижения лучших результатов.

Важнейшая перемена, которую должны осуществить вся система государственного управления и всё общество, состоит в том, чтобы улучшение здоровья и повышение благополучия стали рассматриваться как всеобъемлющая и главная цель общества, достижение которой требует сплоченных действий. Учет интересов здоровья в политике других секторов становится частью их социальных обязательств как по повышению благополучия, так и по улучшению руководства.

#### **Три волны в истории горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья<sup>1</sup>**

##### ***Первая волна: межсекторальные действия и первичная медико-санитарная помощь***

**Межсекторальные действия:** осуществляемые сектором здравоохранения меры, направленные на сотрудничество с другими сферами общества в целях улучшения состояния здоровья населения.

В Алма-Атинской декларации (ВОЗ, 1978) ВОЗ утверждает, что в конце XX века созрела необходимость заново определить и усилить роль государства в здравоохранении во всех странах, как развивающихся, так и развитых, а ключом к улучшению здоровья населения

---

<sup>1</sup> Взято из Kickbusch (2010)

являются межсекторальные действия. В Декларации содержится призыв к выработке "всеобъемлющей стратегии здравоохранения, которая не только обеспечивала бы предоставление услуг здравоохранения, но и воздействовала на глубокие социальные, экономические и политические причины плохого здоровья", и говорится, что "[первичная медико-санитарная помощь] охватывает помимо здравоохранения все другие смежные секторы и аспекты развития на национальном и общинном уровне и, в частности, сельское хозяйство, животноводство обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, общественные работы, средства связи и другие секторы, и требует координации деятельности всех этих секторов."

Этот призыв принять участие в координации действий в интересах здоровья можно считать первой из ряда систематических попыток выделить важность других секторов в современной политике в области здравоохранения, направленной на улучшение здоровья населения. Инновации в стратегическом руководстве основывались на модели рациональной выработки политики, инициированной сектором здравоохранения и реализуемой при его лидирующей роли. Сектор здравоохранения следует логике "целей и средств" и показывает другим секторам (например, сектору образования), как можно вносить вклад в охрану здоровья и как этот вклад в свою очередь будет способствовать экономическому и социальному развитию. Сегодня термин "межсекторальные действия в интересах здоровья" используется в очень широком смысле для обозначения широкого спектра разнообразных форм действий и принятия решений в масштабе многих секторов. В одной из недавних публикаций императив сотрудничества был опущен, а "межсекторальные действия в интересах здоровья" были определены как "действия, осуществляемые другими секторами вне сектора здравоохранения, возможно, но не обязательно, в сотрудничестве с сектором здравоохранения, направленные на улучшение показателей здоровья населения или справедливости в отношении здоровья, или на детерминанты здоровья или справедливости в отношении здоровья" (Peake et al., 2008).

### ***Вторая волна: укрепление здоровья и государственная политика, учитывающая интересы здоровья***

"Государственная политика, учитывающая интересы здоровья, характеризуется твердо выраженной заботой о здоровье и социальной справедливости во всех областях политики, а также подотчетностью и ответственностью за воздействие принимаемых мер на здоровье." (WHO, 1998)

В 80-х гг. прошлого века призыв привлекать к участию в охране здоровья другие секторы поддержало движение за укрепление здоровья. В Оттавской хартии по укреплению здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986) в качестве одной из пяти областей деятельности по укреплению здоровья было названо "проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья" (остальные четыре области – "создание благоприятной среды", "поддержка действий на уровне местных сообществ", "развитие личностных навыков" и "переориентация услуг здравоохранения"). Для достижения полной эффективности государственная политика, в которой учитываются интересы здоровья, должна проводиться согласованно и совместно с четырьмя другими стратегиями, предложенными в Хартии.

В Оттавской хартии недвусмысленно заявлено, что здоровье людей создается в условиях их повседневной жизни – там, где они живут, любят, работают и отдыхают. Хартия расширила концепцию детерминант здоровья, включив в нее проблемы окружающей среды и расширение прав и возможностей людей. Хотя в центре представленной в Хартии концепции стратегического руководства все еще оставалось государство и стратегии государственного сектора, она сделала стратегическое мышление более открытым для новых типов партнерств и подходов. Повышенное внимание к новым проблемам здравоохранения, связанным с образом жизни и окружающей средой, вызвало

необходимость регулирования и в других секторах, помимо сектора здравоохранения (на национальном и международном уровне), а акцент на создание благоприятствующей здоровью окружающей среды привел к появлению концепции достижения общей цели охраны здоровья через применение подходов, ориентированных на "социальные контексты", таких как европейский проект ВОЗ "Здоровые города", школы, способствующие укреплению здоровья, и здоровые места работы. Подход, основанный на укреплении здоровья, охватывает области сопряжения между разными уровнями стратегического руководства, заинтересованными партнерами и организациями в других секторах. Специалистам по укреплению здоровья была отведена скорее роль "посредников", а не исполнителей в здравоохранении.

На второй международной конференции по укреплению здоровья, которая состоялась в Аделаиде, Австралия, в 1988 г., затрагивались некоторые вопросы политики, требующие согласованных действий всех государственных секторов, таких как охрана здоровья женщин, пищевые продукты и питание, табак, алкоголь и создание благоприятных условий для здоровой жизни. В Аделаидских рекомендациях (WHO, 1998) содержался призыв к правительствам стран принять меры воздействия на факторы, лежащие в основе здорового общества, которые сейчас называют "причинами причин". В них особо была отмечена важность социальной справедливости как одной из детерминант здоровья, а также была введена концепция ответственности за воздействие на здоровье (WHO, 1997a). Такое мышление привело к использованию в политике "заявлений о воздействии на здоровье".

Идеи укрепления здоровья и государственной политики, учитывающей интересы здоровья, повлекли за собой множество инноваций в сфере стратегического руководства. В рамках подхода, ориентированного на "социальные контексты", для решения задач укрепления здоровья была вновь введена концепция "места" как одна из ключевых категорий в государственной политике здравоохранения. Инициативы, подобные европейскому проекту ВОЗ "Здоровые города", вновь напомнили о важности действий на местном уровне и о связях между городским планированием, зонированием, зелеными зонами, жильем, транспортом, социальной сплоченностью в городских микрорайонах и здоровьем. В подходах, ориентированных на социальные контексты и на создание сетей, укрепление здоровья и государственная политика, учитывающая интересы здоровья, являются скорее инкрементальной, а не рациональной моделью политики; в этой инновационной модели общества сектор здравоохранения играет роль защитника интересов и посредника. По сравнению с первой волной межсекторальных действий, в такой модели в большей степени признается, что в процессе выработки комплексной политики необходимо принимать во внимание интересы, ценности и устоявшиеся позиции учреждений, а также личные амбиции определенных людей. Спустя два десятилетия ориентации на изменение индивидуального поведения деятельность в области укрепления здоровья (равно как и в других сферах политики, таких как охрана окружающей среды) показала, что решение проблем должно начинаться на уровне причин и что необходимы объединенные действия по выработке и реализации политики (рис.10). Эта деятельность показала необходимость ответственности других секторов за охрану здоровья и способствовала более широкому распространению оценок воздействия на здоровье.

Рис. 10. Детерминанты здоровья населения



Источник: Dahlgren&Whitehead (2006)

Сегодня термины "межсекторальные действия" и "государственная политика, учитывающая интересы здоровья" часто используются без учета различий между ними, хотя межсекторальные меры могут не всегда включать компонент политики, а государственная политика, учитывающая интересы здоровья, не обязательно требует межсекторальных действий. Какой-либо один сектор – например, финансов или образования – вполне может осуществлять стратегии, оказывающие существенное влияние на здоровье, даже если таких намерений у него не было, и без участия сектора здравоохранения. Повышение налогов на алкогольную продукцию, табачные изделия или безалкогольные напитки может оказывать воздействие на здоровье, даже если эта мера была осуществлена исключительно по финансовым соображениям.

### **Третья волна: учет интересов здоровья во всех стратегиях**

"Принцип "учет интересов здоровья во всех стратегиях" предполагает, что при планировании стратегий, принятии решений о выборе одного из многих различных вариантов политики и разработке планов реализации этих стратегий во всех секторах учитывается воздействие этих стратегий на здоровье через детерминанты здоровья. При применении этого принципа рассматривается также влияние действующих стратегий. Конечной целью этого подхода является совершенствование процесса выработки политики на основе фактических данных путем прояснения для лиц, вырабатывающих политику, связи между стратегиями и вмешательствами, детерминантами здоровья и конечными результатами для здоровья." (Stahl et al., 2006).

Межсекторальные действия в интересах здоровья обычно принимали форму проектов (например, Public Health Agency of Canada et al., 2007), что давало возможность апробировать на практике элементы горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья. В Европе новым импульсом и источником ценного опыта в этом отношении стали масштабные проекты по укреплению здоровья, такие как "Бьется сердце Уэльса" (Heartbeat Wales) (Capewell et al., 1999) и Проект "Северная Карелия" (Puska et al., 1995). Однако примеров инициатив, предусматривающих системный подход на уровне правительства с последующим переходом к подходу на основе участия всего общества, существенно меньше. Ближе всех к цели подошла Финляндия, где сдвиг политической парадигмы осуществляется уже несколько десятилетий. Финский подход к горизонтальному стратегическому руководству в интересах здоровья был больше сосредоточен на том, чтобы заново определить позицию здравоохранения на уровне правительства в целом, что, в конце концов привело к третьей волне в развитии стратегического руководства – учету интересов здоровья во всех стратегиях (Puska & Ståhl, 2010).

В 1972 г. Экономический совет при правительстве Финляндии включил в круг рассматриваемых им вопросов охрану здоровья, и приоритетами государственной политики страны стали оптимальное здоровье населения и его справедливое распределение. Начиная с 70-х гг. прошлого века Финляндия постоянно применяет различные подходы к горизонтальной политике в области здравоохранения, особенно при осуществлении мер реагирования на высокие показатели распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. В 1986 г. страна приняла национальную программу здравоохранения, в основу которой легли межсекторальные действия; эта программа была использована в Оттавской хартии в качестве образца государственной политики, в которой учитываются интересы здоровья. Национальная политика сразу же начала осуществляться, в частности, в таких областях, как сельское хозяйство и торговля; одним из ключевых ее аспектов стало снижение сельскохозяйственных субсидий на продукты с высоким содержанием жира, такие как молоко, а субсидии были направлены на содействие производству в стране ягод и овощей. Используя свой опыт, в 1999 г. Финляндия, председательствовавшая в Европейском союзе, внесла проект резолюции об учете интересов охраны здоровья во всех стратегиях. В результате в Европейском сообществе был принят целый ряд мер, из которых одной из самых важных стало начало в 2000 г. проведения оценок всех стратегий Европейского союза отдельно по каждому сектору на предмет их воздействия на здоровье.

В 2006 г., когда Финляндия снова была председателем Европейского союза, она воспользовалась своим опытом в сфере горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья и сделала принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях одной из основных тем своего председательства. В конце председательства Финляндии Совет Европейского союза принял заключение (Council of the European Union, 2006), в котором Европейскому союзу предлагалось:

- с помощью парламентских механизмов обеспечить эффективное межсекторальное сотрудничество в целях достижения высокого уровня охраны здоровья во всех секторах политики;
- проводить оценки законодательных и иных предложений на предмет их воздействия на здоровье и принимать во внимание результаты оценок;
- принимать во внимание воздействие на здоровье решений, принимаемых во всех секторах политики, придавая особое значение социальной справедливости в отношении здоровья.

Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, несомненно, возник в результате первых двух волн в развитии стратегического руководства – подходов к первичной

медико-санитарной помощи и укреплению здоровья, предполагающих широкое сотрудничество, и при его реализации используются их сильные стороны и принимаются меры к тому, чтобы не повторять их недостатков. Учет интересов здоровья во всех стратегиях – это инновация в стратегическом руководстве, появившаяся как реакция на ту критически важную роль, которую играет здоровье в экономике и социальной жизни общества в XXI веке, и выводящая стратегическое руководство за рамки межсекторальных действий и государственной политики, учитывающей интересы здоровья, хотя эти термины все еще используются как синонимы. Учет интересов здоровья во всех стратегиях представляет собой сетевой подход к процессу выработки политики во всех звеньях государственного управления (то есть общегосударственный подход с акцентом на охрану здоровья), основанный на признании различных интересов, существующих на политической арене, и важности установления взаимоотношений между лицами, вырабатывающими политику, для обеспечения желаемых результатов политики.

**"Общегосударственный подход** означает деятельность учреждений во всех государственных службах с разным кругом ведения, направленную на достижение общей цели, и интегрированные действия системы государственного управления в ответ на определенные проблемы. Подходы могут носить как формальный, так и неформальный характер. Они могут быть сосредоточены на таких вопросах, как выработка политики, управление программами и оказание услуг." (Australian Management Advisory Committee, 2004).

Данный подход был упомянут в **Аделаидском заявлении** (WHO and Government of South Australia, 2010), посвященном учету интересов здоровья во всех стратегиях, где говорилось, что для дальнейшего развития человеческого потенциала, устойчивости и справедливости, а также для улучшения состояния здоровья населения необходим новый общественный договор между секторами. Для этого требуется новая форма стратегического руководства, предусматривающая объединенное лидерство внутри системы государственного управления, во всех секторах и между уровнями государственного управления. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия требует одновременно и общегосударственного, и основанного на участии всего общества подходов, чтобы воздействовать на "причины причин" и решать "каверзные проблемы" в области здравоохранения, такие как ожирение и психические заболевания. Вопросы охраны здоровья должны обсуждаться с другими заинтересованными сторонами, но здравоохранение не всегда будет выступать в роли лидера. Сектор здравоохранения должен считаться "одним из многих участников межсекторального процесса, объединенных "паутиной", в которой используются новые типы лидерства, навыков, информации и добываемых и анализируемых сведений" (WHO, 1997a).

В условиях перехода к обществу знаний, где власть и получаемые и анализируемые сведения рассредоточены по всему обществу, все более важным становится полноценное вовлечение в выработку и реализацию политики частного сектора. Но, несмотря на это, роль государства должна оставаться столь же сильной и ясной, особенно в том, что касается несправедливого распределения. При более скоординированном, интегрированном и грамотном общегосударственном подходе государство имеет больше средств для руководства обществом и сотрудничества с ним и для укрепления надлежащего руководства в интересах здоровья, благополучия и социальной справедливости.

Министерства здравоохранения: современная концепция, формирование которой еще не закончилось

Сектор здравоохранения претерпел изменения, аналогичные тем, которые претерпело стратегическое руководство, и здоровье и благополучие вполне заслужили свое место

среди областей политики, которые перечислены в вышеупомянутом определении, данном ОЭСР. Функционально отдельные министерства здравоохранения – это относительно новое явление. В середине XIX века во многих городах существовали управления общественного здравоохранения, обладающие широкими полномочиями. Например, Комитет по здравоохранению Нью-Йорка в 1849 г. обладал данной законом властью "осуществлять или заставлять осуществлять любые меры, которые, по его мнению, могут быть необходимы для сохранения здоровья населения города" (Rosenberg, 1962).

Национальные министерства здравоохранения возникли позже. В Германии, например, Министерство здравоохранения как отдельная структура возникло в 1961 г.; потом оно прошло через целый ряд преобразований, в его обязанности входили также дела молодежи, семьи и женщин, и только в 1991 г. оно снова стало отдельным министерством. В 2002 г. на него была возложена ответственность за социальные вопросы, а в 2005 г. его портфель вновь был ограничен охраной здоровья. Во Франции круг ведения министерств еще более подвижен и зависит от того, как распределит функции премьер-министр. У созданного в 1921 г. французского министерства здравоохранения круг ведения был расширен, и в него были включены такие функции, как труд, пенсионное обеспечение, семья, лица пожилого возраста и лица с ограниченными возможностями. В настоящее время оно также отвечает за спорт и дела женщин. В Швеции портфель нынешнего министерства здравоохранения и социальных вопросов включает социальные услуги и социальное обеспечение, здравоохранение и медико-санитарную помощь, общественное здравоохранение и права детей, лиц пожилого возраста и лиц с ограниченными возможностями. В министерстве четыре министра: один министр отвечает за здравоохранение и социальные вопросы, один – за государственное управление и жилищные вопросы, один – за социальное обеспечение и один – за детей и лиц пожилого возраста.

В странах Западной Европы портфели министерств часто меняются в процессе их реорганизации по причине повышенного внимания к здоровью и проблемам здравоохранения: например, ответственность за медицинское страхование может переходить из портфеля здравоохранения в портфель социального обеспечения, как было во Франции. Подобные решения исходят из политических соображений: в странах с коалиционными правительствами портфели министерств адаптируются в зависимости от наличия вероятных кандидатов на должность министров и их важности и от личностей.

В странах Восточной Европы портфели министерств здравоохранения меняются в меньшей степени. В Хорватии, например, министерство здравоохранения и министерство труда и социальной защиты в 2003 г. были объединены в нынешнее Министерство здравоохранения и социальной защиты. Исключением является лишь Венгрия, где после выборов в апреле 2010 г. портфели министерств претерпели глубокие изменения: было создано "супер-министерство" – Министерство национальных ресурсов, которое объединило портфели социальных вопросов, здравоохранения, образования, молодежи, спорта и культуры. Министерства здравоохранения стран Средней Азии более статичны. Например, круг ведения министерств здравоохранения Казахстана и Туркменистана существенно не менялись с момента их создания в 1991 г., после обретения этими странами независимости.

В XX веке главной задачей министерств здравоохранения была организация медико-санитарной помощи, что становилось все более сложной задачей как с финансовой, так и с организационной точки зрения. Общественное здравоохранение часто не имело необходимого приоритета, и лишь несколько министерств здравоохранения систематически осуществляли на практике принцип учета интересов здоровья во всех направлениях политики. Несмотря на эпидемиологический переход в сторону неинфекционных заболеваний, основной упор по-прежнему делался на "уход и лечение", а не на укрепление здоровья и профилактику. Более того, в большинстве стран политике других секторов внимания практически не уделялось, несмотря на то, что о

межсекторальном сотрудничестве говорилось во многих документах, посвященных политике здравоохранения, и в задачах стратегии "Здоровье для всех", принятых Европейским региональным бюро ВОЗ в 1984 г.

В XXI веке роль министерств здравоохранения снова должна измениться: необходимо применять общегосударственный подход и подход на основе участия всего общества. Сектор здравоохранения является частью межсекторальной "паутины", в которой для достижения целей общества посредством механизмов сотрудничества требуются новые типы лидерства, навыков, информации и добываемых и анализируемых сведений.

## 4. Надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия населения

### 4.1 Что такое надлежащее стратегическое руководство?

Принципы надлежащего руководства в государственной сфере формулировали многие международные организации, включая Европейский союз, ОЭСР и Всемирный банк. В определенной степени эти принципы возникали параллельно с рекомендациями по надлежащему корпоративному руководству, которые задумывались как нормы поведения для компаний. В последнее время такие нормы применяются и в негосударственных организациях. Концепция надлежащего стратегического руководства для системы государственного управления хорошо отражена в определении руководства, данном Всемирным банком (World Bank, 2011):

"Мы определяем стратегическое руководство как традиции и институты, посредством которых в стране реализуются властные полномочия для общего блага. Сюда входят (i) процесс выбора, контроля за деятельностью и смены людей, находящихся у власти, (ii) способность государства эффективно управлять своими ресурсами и осуществлять разумную политику и (iii) уважение граждан и государства к институтам, которые управляют экономическими и социальными взаимоотношениями между ними."

Крупные доноры и международные финансовые институты все чаще выдвигают в качестве условия для предоставления помощи и займов проведение реформ по обеспечению "надлежащего стратегического руководства"; аналогичные стандарты применяются и при вступлении в Европейский союз. По определению ПРООН, надлежащее руководство характеризуется подотчетностью, прозрачностью, отзывчивостью, справедливостью и отсутствием дискриминации, эффективностью и рациональностью, участием всех заинтересованных сторон, ориентированностью на достижение консенсуса и главенством закона (Рис. 11). Дополнительную информацию о критериях надлежащего стратегического руководства здравоохранением и анализ стратегического руководства в интересах здоровья и стратегического руководства здравоохранением в Центральной и Восточной Европе можно найти в материале по истории вопроса, опубликованном A. Fidler и T. Szabó.

Рис. 11. Надлежащее стратегическое руководство



Источник: UNDP (1997)

ОЭСР применяет похожий, хотя и более широкий подход, определяя надлежащее и эффективное стратегическое руководство в государственной сфере следующим образом: "Оно способствует укреплению демократии и прав человека, содействует экономическому процветанию и социальной сплоченности, сокращению бедности, улучшению охраны окружающей среды и повышению устойчивости использования природных ресурсов, а также укреплению доверия к государству и к органам власти."<sup>2</sup> Таким образом, надлежащее стратегическое руководство – это сочетание руководящих принципов, которые выходят за рамки каких-либо конкретных стратегий, секторов и действующих субъектов. В этом отношении надлежащее стратегическое руководство лучше рассматривать как процесс, а не как конечную цель, и как динамичное, а не статичное, положение дел. Надлежащее стратегическое руководство можно назвать идеалом, а применение принципов надлежащего стратегического руководства без правильного понимания контекста в его развитии часто считается неразумным. В то время как в более широком контексте Организации Объединенных Наций понятие надлежащего стратегического руководства часто сводится лишь к борьбе с коррупцией, мы рассматриваем его как необходимую и нужную с точки зрения мышления концепцию. С ее помощью каждая система здравоохранения может анализировать прогресс на пути к надлежащему стратегическому руководству, используя для этого все восемь аспектов определения, данного ПРООН. В данном документе и материалах по истории вопроса будут упоминаться различные инструменты и механизмы, позволяющие сделать это, такие как "электронное руководство", которое и повышает прозрачность процесса, и расширяет круг его участников. Иногда термин "надлежащее стратегическое руководство" используется как синоним концепции этического руководства, однако надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия людей обладает двумя более широкими характеристиками – это связь между ценностями и фактическими данными и роль основополагающих систем ценностей для этического руководства. Мы предлагаем четыре ценностных ориентира.

<sup>2</sup> Это определение дано на веб-странице ОЭСР, посвященной стратегическому руководству в государственной сфере:  
[http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en\\_2649\\_37405\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37405,00.html](http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_2649_37405_1_1_1_1_37405,00.html) (по состоянию на 9 мая 2011 г.).

## 4.2 Роль систем руководящих ценностей

Ценности заняли центральное место в дискуссиях о здоровье, что отражает потребность в ориентирах в современном плюралистическом и глобализованном мире, в котором переплетается множество интересов; в демократическом обществе вопрос о том, из чего складывается правильное общество, должен обсуждаться постоянно. Государства-члены ВОЗ обязались уважать ценности, заявленные в Уставе ВОЗ (ВОЗ, 1946) и многих других документах, принятых на глобальном и региональном уровне. В призыве к "Здоровью для всех" была подчеркнута ценность социальной справедливости, а в стратегии ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом под руководством Jonathan Mann была вновь подтверждена приверженность соблюдению прав человека. Такие инициативы не всегда просто претворить в жизнь в виде национальных стратегий, поскольку существует немало неблагоприятных внешних факторов. В 1984 г. государства-члены Европейского союза утвердили комплекс ценностей в контексте целей европейской политики "Здоровье для всех" (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г.). В июне 2006 г. министры здравоохранения Европейского союза договорились о том, что в основе услуг здравоохранения должны лежать "всеобъемлющие ценности, такие как всеобщий охват, доступ к качественной медико-санитарной помощи, социальная справедливость и солидарность" (Council of the European Union, 2006).

- **Всеобщий охват** означает доступ к медико-санитарной помощи для каждого человека.
- **Социальная справедливость** означает равный доступ к медико-санитарной помощи в соответствии с потребностями, независимо от этнической принадлежности, пола, возраста, социального положения или платежеспособности.
- **Солидарность** тесно связана с программами финансирования систем здравоохранения. В соответствии с принципом солидарности, страны должны обеспечить всеобщий доступ к необходимым услугам медико-санитарной помощи путем справедливого распределения расходов на здравоохранение и услуги здравоохранения между всеми гражданами. Обеспечивается это главным образом за счет основанной на солидарности системе социального страхования здоровья, при которой богатые субсидируют бедных, а здоровые – больных.
- **Доступ к качественной медико-санитарной помощи** означает, что государства обязуются обеспечить максимально высокое качество помощи, ориентированной на пациента и отзывчивой к индивидуальным потребностям.

Эти ценности должны сохранить центральное место в системах здравоохранения государств Европейского региона ВОЗ. Как уже говорилось, наше понимание здоровья сегодня не ограничивается системами здравоохранения. Здоровье и благополучие считаются неотъемлемыми элементами надлежащего стратегического руководства в целом, и ответственность за них лежит на всем государстве и всем обществе. Из этого следует, что охрана здоровья должна строиться на ценностях и принципах, выходящих за все более изменчивые границы систем здравоохранения и медико-санитарной помощи. Эту идею удачно сформулировал в 2009 г. Vjarne Hanssen, тогдашний министр здравоохранения и социальных услуг Норвегии (Strand et al, 2009):

"Сокращение социальной несправедливости в отношении здоровья – общегосударственная задача. Для ее осуществления требуются меры межсекторального характера, которые не всегда просто осуществить. Однако это единственный способ выполнения нашей задачи – сокращения несправедливости в отношении здоровья, которая является продуктом общества и противоречит принципу равенства. Правительство Норвегии выражает готовность действовать в интересах создания общества, в котором

у каждого человека будут равные возможности для ведения здоровой жизни."

Исходя из проведенного нами анализа литературы, мы предлагаем, чтобы систему ценностей для надлежащего руководства в интересах здоровья составили четыре взаимосвязанные концепции: здоровье как право человека, здоровье как составляющая благополучия, здоровье как всемирное общественное благо и здоровье как аспект социальной справедливости.

### ***Здоровье как право человека***

Новая европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 основана на широком согласии в том, что стратегии, программы и практика в области здравоохранения могут оказывать непосредственное влияние на возможность реализации прав человека, а несоблюдение этих прав может иметь серьезные последствия для здоровья. Признается, что защита прав человека имеет огромное значение для охраны здоровья населения. Поэтому подход к охране здоровья, основанный на соблюдении прав человека, - это подход к стратегическому руководству, который принимается для реализации и выражения на практике права на здоровье и сопутствующие права.

Здоровье – это право человека, которое является неперенным условием для выполнения фундаментального принципа неприкосновенности человеческого достоинства. Это право (равно как и значение для здоровья других прав человека) признается во многих международных договорах и конвенциях, таких как Устав ВОЗ (ВОЗ, 1946 г.), Всеобщая декларация прав человека (Генеральная ассамблея Организации Объединенных Наций, 1948 г.) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Генеральная ассамблея Организации Объединенных Наций, 1966 г.) – юридически обязательный инструмент международного права.

Каждое государство ратифицировало по меньшей мере один международный договор в области прав человека, в котором признается право на здоровье. Право на здоровье или медико-санитарную помощь также упоминается в конституциях 115 стран мира. Зачастую право на здоровье ассоциируется только с индивидуальным доступом к медико-санитарной помощи и медицинским учреждениям, хотя на самом деле оно также охватывает и другие факторы, которые могут способствовать здоровой жизни, включая охрану здоровья:

- безопасное питьевое водоснабжение и адекватные санитарно-профилактические мероприятия,
- безопасные пищевые продукты,
- адекватное питание и жилье,
- здоровые условия труда и окружающей среды,
- просвещение и информация в отношении здоровья, и
- гендерная справедливость.

Как следует из определения Управления Верховного комиссара ООН по правам человека и ВОЗ, право на здоровье охватывает целый комплекс неотчуждаемых свобод и прав, таких как:

- право на доступ к системе охраны здоровья, которая обеспечивает всем равные возможности для обладания наивысшим достижимым уровнем здоровья;
- право на услуги профилактики, лечения и контроля заболеваний;
- доступ к жизненно важным лекарственным средствам и
- охрану здоровья матерей и детей и репродуктивного здоровья.

Таким образом, здоровье как право человека – это одновременно и юридическое обязательство, и комплекс ценностей, которые применяются в подходе к охране здоровья населения мира, основанном на соблюдении прав человека.

Хотя государственная политика всегда формулируется в соответствии с давно установившимися политическими представлениями о том, что является этичным или приемлемым в XXI веке, ни один сектор или действующий субъект не освобождается от необходимости соблюдать права человека, которые являются одной из главных ценностей в стратегическом руководстве в интересах здоровья, поскольку затрагивают великое множество вопросов (как показано в расположенной выше врезке). Определяя общие права и обязанности, гражданство той или иной страны тем самым определяет права определенной группы людей, которые должны быть гарантированы государством, в противоположность потребностям, которые человек удовлетворяет, прибегая к рынку или обращаясь за помощью к родственникам (Jenson, 2009). Однако права человека выше понятий гражданства, сложившихся в XIX веке и в начале XX века: они являются всеобщими и неотчуждаемыми и основываются на человеческом достоинстве, а не на режимах гражданских и политических прав, которые определяют границы обязанностей и роли государства, рынка, местных сообществ и индивида.

### *Здоровье как составляющая благополучия*

В последнее время на международном уровне обсуждается ценность генерирования "социального богатства" и "социального роста", а не экономического роста, который измеряется только в величине валового внутреннего продукта. Начиная с 1990 г. Организация Объединенных Наций регулярно оценивает благополучие стран при помощи "индекса развития человеческого потенциала", чтобы "переместить акцент экономики развития с учета национального дохода на стратегии, ориентированные на людей" (UNDP, 2011). С 2010 г. в этот индекс стали входить три аспекта: долгая и здоровая жизнь: ожидаемая продолжительность жизни при рождении; доступ к знаниям: среднее число лет обучения и ожидаемое число лет обучения; достойный уровень жизни: валовый национальный доход на душу населения. По индексу развития человеческого потенциала государства-члены Европейского региона ВОЗ оцениваются от 1 (очень высокий) до 114 (средний). Одним из возможных направлений для переориентации целей государственной политики в XXI веке считаются стратегии обеспечения благополучия населения; они открывают целый ряд возможностей для создания партнерств и осуществления совместных мер в интересах здоровья и благополучия.

Многие европейские организации и страны начали заново определять свои цели. Например, Европейская комиссия (European Commission, 2009) опубликовала документ с изложением политики под названием "*GDP and beyond*" ["ВВП и не только"], в основу которого легла масштабная работа, проделанная совместно группой партнеров, включающей Европейскую комиссию, Европейский парламент, Римский клуб, ОЭСР и Всемирный фонд дикой природы. За последние десять лет ряд стран, включая Австралию, Канаду и Нидерланды, разработали меры оценки благополучия на национальном уровне. Управление национальной статистики Соединенного Королевства начало проводить общенациональную консультацию по вопросу о новых мерах благополучия, чтобы узнать, что думают о них граждане и организации. В Германии в январе 2011 г. начала работу Парламентская комиссия по вопросам "роста, благополучия и качества жизни", призванная определить, как дополнить меры валового национального продукта экологическими, социальными и культурными критериями. Во Франции в 2009 г. комиссия по "измерению показателей эффективности экономики и социального прогресса", которую учредил президент страны и возглавили два нобелевских лауреата – Joseph E. Stiglitz и Amartya Sen, а также Jean-Paul Fitoussi, представила свои предложения относительно измерения благополучия общества (Stiglitz et al., 2010). Совет Европы выдвинул концепцию "благополучия для всех", в которой

особо подчеркивается, что благополучия нельзя достигнуть, если оно не будет распространяться на все население. Мадридский клуб, объединяющий бывших глав государств, проводит в рамках своего проекта "Единое общество" форумы высокого уровня, которые дают нынешним лидерам возможность лучше понять выгоды политики, направленной на укрепление социальной сплоченности, вклад социальной сплоченности в благополучие населения и показатели экономической эффективности, и стимулы и средства, позволяющие укреплять социальную сплоченность (Birkavs & McCartney, 2011).

В условиях такого смещения ценностей, когда успешное развитие общества оценивается с точки зрения благополучия, а не экономического роста, здоровье считается неотъемлемым компонентом благополучия и становится одним из ключевых элементов меры успеха. В результате этого изменения акценты в экономике смещаются с производства товаров на достижение более широкой меры общего благополучия, которая включает пользование благами здоровья, образования и безопасности, эффекты неравенства в отношении доходов и новые способы оценки экономического влияния устойчивости на будущие поколения. Роберт Кеннеди в своем выступлении в университете штата Канзас (США) в 1968 г. сказал: "Валовый национальный продукт не учитывает здоровья наших детей, качества их образования или радости от их игр." Из этого следует, что стремление к благополучию превращает здоровье из цели одного сектора в цель всего общества, для достижения которой требуется приверженность не только на самом высоком уровне государственного управления, но и всего общества. Так как в нее включены субъективные показатели благополучия, она служит подтверждением прошлого опыта и перспектив людей.

### ***Здоровье как глобальное общественное благо***

Глобальные вызовы, такие как изменение климата и вспышки инфекционных заболеваний (например, ТОРС в 2003 г. и *E. coli* в 2011 г.), еще раз напоминают о значимости присущих концепции общественных благ ценностей, таких как мир и безопасность, закон и порядок, дорожные знаки и правила дорожного движения – то есть всего того, что является всеобщим достоянием. Если общественные блага предоставляются в достаточном объеме и надлежащим образом, они приносят пользу всему обществу, а если они предоставляются в недостаточном объеме (например, в стране отмечается недостаток законности и порядка и расцветают преступность и насилие), то страдать от этого можем мы все. По мере того, как вызовы и их детерминанты приобретают трансграничный характер и национальные государства уже не способны столь же эффективно самостоятельно решать эти проблемы, происходит глобализация общественных благ. Таким образом, услуги и условия, которые раньше гарантировались национальными и местными властями, сейчас требуют международного сотрудничества между государствами на региональном и даже на глобальном уровне. Многие глобальные проблемы здравоохранения и способы их решения обладают свойствами глобальных общественных благ.

На уровне стран существуют особые сложности, связанные с предоставлением общественных благ или со стратегическим руководством ими – они называются "проблемами коллективных действий". Каждое благо может предоставляться по-своему, с участием разных людей, движимых разными стимулами. Предоставление глобальных общественных благ является крайне сложным процессом стратегического руководства, в котором участвует множество действующих субъектов, уровней и секторов. Когда в 2009 г. произошла вспышка пандемического гриппа H1N1, меры должны были принимать многие государства, в каждом из них в работу нужно было вовлечь многие организации, важную роль сыграли многие подразделения ВОЗ, фармацевтическая индустрия была вынуждена инициировать производство вакцин и, что не менее важно, многие люди во всем мире предпринимали меры предосторожности или обращались за лечением в результате информационных кампаний, организованных СМИ и другими субъектами

(например, школами и работодателями). Успешное предоставление большинства глобальных общественных благ происходит в виде процесса сложения сил, когда несколько государств (или все государства) осуществляют на национальном уровне меры по устранению дефицита какого-либо глобального общественного блага – например, активизируют меры по борьбе с туберкулезом. Здоровье как глобальное общественное благо (при незначительно видоизмененной концепции "глобальных общественных благ, обеспечивающих здоровье") представляет собой систему ценностей, которая подчеркивает потребность в эффективном стратегическом руководстве в условиях взаимозависимости. Подобную приверженность обеспечению глобальных общественных благ отражает деятельность ООН в сфере противодействия ВИЧ-инфекции и СПИДу, изменения климата и охраны здоровья женщин и детей (Ott, 2011).

### *Здоровье как аспект социальной справедливости*

Для принятия действенных мер по сокращению разрыва в отношении здоровья в Европе нужно, чтобы в систему ценностей, лежащих в основе надлежащего стратегического руководства, входила социальная справедливость в отношении здоровья. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ (Maskenbach et al., 2008) показал, что между странами Региона и внутри них существует значительное неравенство, и если не принять срочные меры, то эти разрывы будут только увеличиваться. Имеющиеся фактические данные указывают на следующую закономерность: чем ниже социальное положение человека, тем хуже состояние его здоровья. Однако в большинстве случаев эти фактические данные недостаточно убедительны для того, чтобы мобилизовать общественный протест или убедить правительство в том, что уменьшение социальной несправедливости в отношении здоровья является важным общегосударственным приоритетом. Многие из тех факторов, которые определяют модели и степень несправедливости 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. В то же время, многие детерминанты социальной справедливости и несправедливости в отношении здоровья являются также приоритетами для других секторов – это качество функционирования системы образования, равные права и возможности всех людей и групп в обществе, социальная сплоченность, снижение бедности и устойчивость к неблагоприятным воздействиям и благополучие местных общин. Эти детерминанты представляют собой точку соприкосновения для совместных действий различных секторов, которые, при условии должного внимания к их разумному распределению, принесут пользу для здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья.

Многие страны, уже длительное время занимающиеся проблемами социальной несправедливости в отношении здоровья, сейчас берут на вооружение подход, основанный на решении задач по воздействию на детерминанты социальной справедливости совместно с другими секторами и заинтересованными сторонами. При таком подходе социальная справедливость в отношении здоровья все в большей степени становится одним из нескольких показателей прогресса. Социальную справедливость в отношении здоровья можно назвать системой руководящих ценностей, которая способствует достижению благ, распространяющихся на многие секторы и на все общество в целом с точки зрения социальной сплоченности и качества жизни. При общегосударственном подходе и подходе к достижению социальной справедливости в отношении здоровья на основе участия всего общества важной сферой деятельности является создание новых или усовершенствование существующих инструментов и механизмов для обеспечения равенства голосов и мнений в процессе принятия решений.

### 4.3 Соотношение между ценностями и фактическими данными

В обществе знаний надлежащее стратегическое руководство имеет три составляющих: знания, предписанные законом процедуры и социальные ценности (Klinke & Renn, 2006). Ведущими силами в современной политике, как это можно видеть в новых типах демократии и стратегического руководства через независимые организации и экспертные органы, является совместное производство знаний государством и обществом и стремление к получению более качественных фактических данных. Чем сложнее процесс стратегического руководства и чем больше в него вовлечено заинтересованных сторон, тем важнее иметь общие ценности. Было бы не совсем правильно предположить, что любая политика может основываться исключительно на фактических данных – производство знаний и то, что мы понимаем под "фактическими данными", всегда тесно связаны с существующими ценностями и убеждениями.

"Социальные факторы, такие как человеческие ценности и способы получения знаний – то, что мы желаем узнать и как мы это узнаем – совершенно определено и прямо влияют на то, что в результате производится в виде научных знаний. Выбор и формулировка научных гипотез, методология проведения экспериментов и интерпретация данных – все это может зависеть от того, какие у экспертов и их организаций системы ценностей (в процессе принятия научных решений они часто остаются подразумеваемыми) (см. аналитический доклад V. Ozdemir and B.M. Knoppers.)

Фактические данные и рекомендации экспертов – это лишь один из элементов уравнения совместного производства. Фактические данные, лежащие в основе выработки политики, постоянно меняются, и в некоторых случаях выводы и рекомендации различных источников бывают неполными или противоречивыми. Поэтому стратегическое руководство в обществе знаний нуждается в лицах, принимающих решения, которые были бы прекрасно осведомлены о ценностях, сосуществующих с фактическими данными и часто неотделимых от них, и которые давали бы возможность широко обсуждать их со всеми заинтересованными сторонами.

Ценности можно определить как широкие предпочтения в отношении нужного курса действий или конечных результатов. Они, таким образом, отражают понимание человеком того, "что такое хорошо и что такое плохо", и как всё должно быть. Ценности влияют на установки и поведение и тем самым формируют процесс выработки политики и все общество в целом, устанавливая правила и нормы (принципы), которые определяют приемлемые (то есть этичные) действия в семейной и общественной сфере или с точки зрения стратегического руководства обществом и взаимодействий между местными сообществами и обществами с другими ценностями и принципами. Ценности могут быть как глобальными, так и региональными. Важными ценностями являются положения о "равных правах для всех" и о том, что "с людьми нужно обращаться уважительно и с соблюдением их достоинства", которые получили практически всеобщее подтверждение в принципах гражданских и политических прав. Эпистемология таких ценностей, как равенство, социальная справедливость и права человека построена на философии нравственности, в то время как эпистемология фактических данных своей основой имеет философию логики и науки. "Их можно считать совершенно отдельными традициями, причем такими, которые в европейской истории часто конфликтовали между собой" (см. аналитический доклад D. McQueen). Однако в обществе знаний ценности и фактические данные – это две стороны одной медали, влияющие друг на друга. Намеренно или нет, но фактические данные и ценности применяются вместе; дихотомия между "научным фактом" и "социальными убеждениями" далеко не так существенна, как принято считать, но и разделить их тоже нелегко.

В реакции на неопределенность при выработке политики наблюдается тенденция, когда полагаются исключительно на фактические данные и не принимают во внимание то, как

принятые в обществе ценности формируют фактические данные. Например, "принцип предосторожности" представляет собой систему ценностей, которая в качестве решающего фактора в политике управления рисками имеет большее значение, нежели фактические данные (или их отсутствие). В соответствии с этим принципом, в условиях неопределенности следует приостановить осуществление тех или иных инноваций или мер при наличии "субъективно воспринимаемого риска" необратимого вреда, независимо от наличия или отсутствия фактических данных в подтверждение такого риска. Вера в науку крепко укоренилась в европейском образе мышления. Наука стремится дать четкие объяснения того, что дает положительный эффект и почему. В той мере, в какой медицина считается наукой, а общественное здравоохранение – сферой деятельности, движимой наукой, эти дисциплины обязаны подчиняться строгости научных доказательств. Повышение важности подотчетности, отраженное в таких терминах, как "доказательная медицина" и "доказательная политика", происходит практически параллельно с выходом на первый план в мире здравоохранения таких ценностных проблем, как равенство и социальная справедливость. (Роль ценностей в стратегическом руководстве в интересах здоровья рассматривается более подробно в аналитическом докладе D. McQueen.)

**Принцип предосторожности** стал реакцией на обеспокоенность состоянием окружающей среды и возникшие одновременно опасения общественности в связи с субъективно воспринимаемыми рисками, якобы исходящими от таких явлений и процессов в 90-х годах прошлого века, как генетически модифицированные организмы, расцвет ядерной энергетики, истощение озонового слоя и изменение климата, которые в совокупности привели к появлению концепции "общества риска" (Beck, 1992). Эта концепция стала катализатором появления механизмов стратегического руководства, которые, как предполагалось, способны обеспечить определенность путем предупреждения или остановки необратимых изменений в окружающей среде и социальных рисков, связанных с новыми технологиями. Принцип предосторожности превращает ранее нейтральную позицию науки в позицию системы ценностей таким образом, что в условиях научной неопределенности "представляется более ответственным признать приоритетность опасения перед обнадеживающими прогнозами, дабы не допустить причинения потенциально необратимого вреда." (Jonas, 1985; Tallacchini, 2005; см. также аналитический доклад V. Ozdemir и B.M. Knoppers).

Результаты недавно проведенного Институтом медицины (Institute of Medicine, 2011) исследования говорят о том, что принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях может "восприниматься как проявление принципа предосторожности: прежде всего – не навредить здоровью стратегиями и законами, принимаемыми в других секторах государственного управления". Одним из воплощений этого принципа авторы публикации называют "Закон о чистом воздухе" штата Калифорния.

Например, принцип предосторожности подразумевает, что ценности, лежащие в основе стратегического руководства, должны подвергаться изучению с такой же строгостью, с какой мы собираем и оцениваем фактические данные. Хотя о тесной взаимосвязи между социальными детерминантами и состоянием здоровья населения известно уже многие десятилетия, эти знания были систематизированы с учетом новых реалий и подкреплены убедительными и достоверными фактическими данными в отчете Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (2008). Но одних только знаний недостаточно для того, чтобы предпринять эффективные шаги для противодействия ценностно-обусловленным причинам плохого здоровья. "Научные данные о том, как реально повлиять на эти причины, крайне проблематичны, и в действительности существенные изменения в атрибутивных причинах могут быть обусловлены политико-философскими воззрениями, которые сами по себе связаны с ценностями, не всегда совпадающими с фундаментальными ценностями, связанными с хорошим здоровьем." (См. аналитический доклад D. McQueen). Например, огромное значение для мер воздействия на факторы риска неинфекционных заболеваний имеет изменение поведения людей. При этом,

фундаментальные ценности, такие как свобода выбора, могут противоречить некоторым мерам воздействия на детерминанты здоровья и влиять на типы фактических данных и аргументов, с которыми готовы согласиться руководители той или иной политической ориентации.

Отсюда следует, что необходимо возобновить обсуждение ценностей в контексте стратегического руководства в интересах здоровья. Нужно раз и навсегда положить конец вековому ошибочному разделению между "научным" (например, фактическими данными) и "общественным" (например, ценностями), и начать интерпретировать и рассматривать вместе эти две неотделимые друг от друга области знаний. Надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья должно основываться на расширенном понимании здоровья, где под этим словом понимается один из основных компонентов прав человека, благополучия, глобальных объектов всеобщего достоинства и социальной справедливости.

На основании такого понимания надлежащего стратегического руководства в интересах здоровья и признания ответственности всего государства и всего общества за надлежащее руководство в интересах здоровья следует провести дискуссию с участием всех заинтересованных сторон, чтобы определить универсальные ценности и руководящие принципы для охраны здоровья, которые были бы шире существующих. Sandel (2010) утверждает, что обсуждение различных точек зрения на то, как следует понимать и укреплять равенство и справедливость, делает общество сильнее. Его призыв к осуществлению "политики морального участия" прекрасно согласуется с требованием воздействовать на сложные и разнообразные факторы, влияющие на решения в отношении распределения здоровья и детерминант здоровья.

## 5. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

**Разумное стратегическое руководство:** В обществе знаний решения в области политики, которые принимаются исключительно исходя из нормативных соображений, уступают решениям, основанным на "фактических данных". В то же время принятие решений требует применения новых способов преодоления и учета неопределенностей, поскольку, когда место "ценностей, исповедуемых большинством", в качестве основы власти занимают знания – а они всегда вызывают сомнения, всегда пересматриваются – неопределенностей бывает предостаточно. "Разумное стратегическое руководство" – это один из способов обозначения масштабных институциональных адаптаций, наблюдаемых в государственных и международных организациях перед лицом возрастающей взаимозависимости. Выражение "разумное стратегическое руководство", придуманное Willke (2007), представляет собой "краткое обозначение целого ансамбля принципов, факторов и потенциалов, которые образуют определенную форму стратегического руководства, способную адаптироваться к условиям и крайностям, характерным для общества знаний."

### 5.1. Введение в разумное стратегическое руководство

Данный раздел посвящен тому, как может быть организована система стратегического руководства в XXI веке и как можно преодолеть многогранные и сложные проблемы здравоохранения и лишить их статуса "каверзных проблем". Это требует интегрированных и динамичных мер реагирования, выходящих за пределы круга ведения какого-либо одного сектора, превращения охраны здоровья в общую задачу для всех

структур и служб государственного управления и увязывания его в более явном виде с благополучием населения. В предыдущих разделах мы выделили две характеристики:

- Власть и ответственность рассредоточились по всем направлениям – вверх, вниз и по горизонтали по всем уровням государственной власти и по всему обществу. При смещении принципов и подходов в сторону демократии и "общих ценностей" эти тенденции сходятся в новых подходах – "общегосударственном" и "на основе участия всего общества" – которые представляют собой новую базу для выработки и реализации государственной политики в интересах здоровья населения.
- Концепция надлежащего стратегического руководства расширилась: в нее вошли такие устремления, как здоровье и благополучие. Принципами, которыми можно руководствоваться при выработке этической политики в интересах здоровья, являются такие ценности, как права человека, благополучие, глобальные общественные блага, социальная справедливость и равенство (рис. 12).

Рис. 12. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке



Источник: Kickbusch (2011)

Эти сложности и вызовы существуют и в других секторах, а не только в секторе здравоохранения: в целом, секторальные подходы к стратегическому руководству не жизнеспособны во взаимозависимом мире XXI века, как уже говорилось выше. Параллельно с тем, как здравоохранение ищет поддержки у других секторов, сектор здравоохранения должен начать рассматривать вопрос о том, как здоровье способствует

или препятствует осуществлению повестки дня других секторов и как оно способствует благосостоянию всего общества в целом. Осуществлять "лидерство в интересах здоровья" мало, о чем так часто говорится в посвященных здравоохранению документах. Если все секторы отвечают за целое, значит, и сектор здравоохранения должен отвечать.

По мере того, как возрастает требование к системам государственного управления сохранять свою правомерность и повышать качество функционирования, они постепенно внедряют новые формы стратегического руководства, главным образом путем выстраивания новых стратегических взаимоотношений как внутри системы государственного управления, так и с негосударственными субъектами. Для обозначения инновационного комплекса подходов к решению наиболее сложных проблем здравоохранения мы решили использовать термин "разумное стратегическое руководство". Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья уже становится реальностью в Европе и во многих других регионах мира, где государства начинают по-новому подходить к вопросам стратегического руководства в интересах здоровья, исходя из более широкого понимания здоровья и изменений в том, как государство и общество взаимодействуют друг с другом (об этом говорилось в предыдущих разделах). В настоящее время заново определяются границы сектора здравоохранения, причем в этом процессе участвуют и сотрудничают как медицинские работники и их организации, так и научное сообщество и индустрия медицинских технологий. Эти партнеры хотя и являются основными действующими сторонами в области общественного здравоохранения и предоставления услуг медико-санитарной помощи, но пока еще не начали достаточно серьезно заниматься задачами стратегического руководства. Их мнения и точки зрения жизненно важны для выработки реалистичных, осуществимых стратегий. Например, недостаточное сотрудничество с медицинскими работниками во время вспышки пандемического гриппа H1N1 в 2009 г. привело к тому, что многие медсестры и врачи отказывались от вакцинации, поскольку не были уверены в безопасности вакцины. Если медицинские работники не будут поддерживать перемен в видении целей и в политике, надлежащее стратегическое руководство не сможет быть налажено в полной мере.

В Европе проведение оценок воздействия на здоровье помогает лицам, вырабатывающим политику, принимать более осознанные решения, устремленные в будущее, и избегать непредумышленных последствий для здоровья, независимо от того, в каком секторе разрабатывалась данная политика. Аналогичным образом сектор здравоохранения в штате Южная Австралия делится опытом с другими секторами, рассматривая всевозможные проблемы – от безопасного водоснабжения до устойчивых транспортных систем – сквозь "призму здоровья". Если такой подход к принципу учета интересов здоровья во всех стратегиях будет узаконен в виде общегосударственного стратегического плана, это поможет другим секторам в достижении своих целей и будет способствовать укреплению здоровья, а не взваливать на них дополнительный груз.

**Оценки воздействия на здоровье** – это меры поддержки принятия решений для процесса выработки политики, которые могут применяться на местном, федеральном или провинциальном, национальном и наднациональном уровне. Они также могут применяться в межсекторальном масштабе и способны учитывать детерминанты неравенства в отношении здоровья. Вопрос об эффективности этих оценок и их превращении в формально узаконенную практику в Европе обсуждался Wismar et al. (2007) на основании результатов исследований и примеров из практики в различных областях – от качества воздуха в Северной Ирландии и г. Тичино в Швейцарии до производства пищевых продуктов и вопросов питания в Словении после принятия сельскохозяйственной политики Европейского союза. Все 17 примеров из практики демонстрируют эффективность метода оценки воздействия на здоровье.

## 5.2 Пять типов разумного стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья определяет, как системы государственного управления подходят к решению проблем в области стратегического руководства в интересах здоровья в пяти направлениях:

- сотрудничество
- вовлечение партнеров;
- сочетание регламентирования и убеждения;
- независимые учреждения и экспертные органы и
- адаптивные стратегии, устойчивые структуры и предвидение.

Разумное стратегическое руководство можно также понимать как применение "разумной власти", которые Nye (2011) определяет как "сочетание жесткой власти принуждения и необходимости платить и мягкой власти убеждения и привлечения". В то время как "жесткая власть" (например, осуществление или угроза осуществления военного вмешательства, экономических санкций) и "мягкая власть" (например, дипломатия, экономическая помощь, коммуникация) – это целиком описательные термины, разумная власть подразумевает еще и оценку результатов. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия означает, что государство вступает в более сложные взаимоотношения с другими действующими субъектами в государственной и общественной сфере, применяя как жесткую, так и мягкую власть. Это не обязательно принижает его роль или полномочия – напротив, в отношении стратегического руководства сферой здравоохранения и стратегического руководства в интересах здоровья можно сказать, что государства расширили свою власть, чтобы отвечать на новые вызовы посредством новых механизмов сотрудничества. Например, на министерствах здравоохранения и секторе здравоохранения сейчас лежит ответственность за один из крупнейших и важнейших секторов общества, имеющий большое экономическое и социальное значение; обычно это также один из наиболее строго регулируемых секторов. В то же время государство во многих странах распространяет свои регуляторные полномочия на повседневную жизнь и рынок, борясь с такими проблемами здравоохранения, как ожирение, курение, употребление алкоголя и запрещенных наркотиков, а также обеспечивая охрану окружающей среды и безопасность пищевых продуктов. В Европе государство играет еще более сложную роль, поскольку в контексте Европейского союза динамика стратегического руководства изменилась. Один из вызовов для стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке – в эпоху глобализации и повсеместного распространения рыночных отношений – заключается в том, как примирить интересы здравоохранения и рынка таким образом, чтобы улучшать здоровье как общественное благо, а не служить интересам отдельных людей. В условиях Европейского союза для этого требуется постоянное балансирование между эффективностью рынка и защитой общества (и его здоровья) (Scharpf, 2002).

### 5.2.1 Руководство через сотрудничество

Часто такие термины, как "межсекторальное сотрудничество", "межведомственное сотрудничество", "сотрудничество между юрисдикциями", "стратегические партнерства" и "многоуровневое совещательное и сетевое стратегическое руководство с участием всех заинтересованных сторон" мало чем различаются между собой, однако все они относятся к одному и тому же вопросу: как государство и общество осуществляют совместное руководство в XXI веке.

Совещательный процесс с участием многих заинтересованных сторон необходим практически для всех аспектов разумного стратегического руководства в интересах здоровья и играет ключевую роль для обеспечения эффективного руководства по принципу опережения событий. По мнению ВОЗ, система здравоохранения состоит из всех организаций, людей и действий, главной целью которых является укрепление, восстановление или сохранение здоровья. Этой главной цели должна быть придана более высокая приоритетность и она должна лучше координироваться в более широких рамках системы и сектора здравоохранения. Однако следует отметить, что границы того, что мы называем "системой медико-санитарной помощи", становятся все более подвижными: охрана здоровья – это не только сектор, это новая сфера ответственности и объект собственности других сложных адаптивных систем и динамичных сетей и взаимоотношений, имеющих множество сопутствующих эффектов. Такая точка зрения шире, чем концепция охраны здоровья как главной цели для других секторов и систем, которые способствуют охране здоровья или ставят его под угрозу (например, продовольственная система) или считают охрану здоровья важной частью своей собственной главной цели, но при этом их стратегические цели отличаются от целей системы здравоохранения (например, экономическое развитие, внешняя политика).

**Здоровье широко используется как инструмент внешней политики.** Поддержка программ в области здравоохранения может посредством двусторонних инициатив служить национальным интересам. На геополитической арене XXI века поддержка здравоохранения может способствовать завоеванию выгодных политических позиций, улучшению отношений между государствами и между государствами и другими субъектами, а также помочь в создании альянсов. В качестве примера можно назвать Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом, инициированный бывшим президентом США Джорджем Бушем-младшим при поддержке обеих партий в Конгрессе в 2003 г. Сегодня здоровье также является элементом внешней политики таких бурно развивающихся государств, как Бразилия, Китай и Индия, которые бросают вызов установившимся подходам к развитию.

На здоровье оказывают все большее влияние такие факторы, как темп жизни современного общества, глобализация рынков, повышение индивидуальной мобильности и незащищенности, потребление энергии, изменение климата, продовольственная безопасность, обеспокоенность в связи с рисками и безопасностью и усиление влияния средств массовой информации. Все это мы называем детерминантами здоровья XXI века, которые затрагивают многие из признанных социальных, экологических и экономических детерминант здоровья. Для того, чтобы вместе находить инновационные пути развития политики, новые механизмы и инструменты и создавать более эффективные регуляторные системы, сектор здравоохранения должен сотрудничать со столь же широким кругом разнообразных действующих субъектов. Например, сектор здравоохранения должен вместе с сектором окружающей среды заниматься вопросами изменения климата и продовольственной безопасности, а вместе с городским населением и властями создавать города, лучше приспособленные для жизни в них. Совместное производство общественных благ и совместное стратегическое руководство означают достижение результатов благодаря совместной работе; в принципе, не имеет значения, кто является лидером в этой работе, поскольку ни одна из сторон процесса не сможет достичь поставленных целей в одиночку.

**Лондон принимает меры по укреплению здоровья.** Осознавая важность политики градостроительства для улучшения состояния здоровья населения и учитывая разнообразие других сфер политики, напрямую связанных с охраной здоровья, лорд-мэр Лондона поддержал принцип равных возможностей для всех людей и согласился с тем, что сокращение неравенств в отношении здоровья и укрепление здоровья лондонцев – это всеобъемлющие вопросы, затрагивающие многие сферы. Вопросы здоровья включены в "интегрированную оценку воздействия", которая состоит из "оценки с точки

зрения устойчивости" (включая "стратегическую оценку воздействия на окружающую среду") и "оценки регулирования жилой среды" и затрагивает такие вопросы, как здоровье, неравенства в отношении здоровья и безопасность местных общин.

За последние три десятилетия был наработан богатый опыт наблюдений и анализа по вопросам сотрудничества между различными секторами общества в интересах здоровья в форме партнерств, взаимодействия или совместных проектов (напр., Stahl et Al., 2006; Public Health Agency of Canada et al. 2007, 2008; Kickbusch & Buckett, 2010; Institute of Medicine, 2011). Из литературы по данному вопросу следует, что совместная работа все больше представляет собой работу в сложных сетях, а не взаимодействие между двумя строго иерархическими системами, секторами или сферами ответственности. Она требует сближения различных сфер политики, областей профессиональной деятельности, академических дисциплин, уровней государственного управления (от "уровня улицы" до политических назначенцев), уровней стратегического руководства (район, государство, регион, глобальный уровень) и секторов общества (государственный, частный, гражданский). В некоторых случаях ведомствам здравоохранения может быть выгоднее не брать на себя роль лидера, а передать все права хозяина другим секторам и негосударственным субъектам и оказывать им поддержку. Так было в случае с новыми подходами к политике в области пищевых продуктов или к снижению детской бедности.

В "Рецепте успеха" описаны шаги Национальной политики Шотландии в области пищевых продуктов и напитков. Индустрия пищевых продуктов и напитков в Шотландии является одной из наиболее приоритетных. "Рецепта успеха" призван способствовать росту экономики, признавая при этом проблемы, стоящие в области общественного здравоохранения, устойчивости окружающей среды и ценовой доступности продовольствия. Успех политики невозможен без партнерств. Ответственными за проведение различных мероприятий будут как отдельные лица, так и организации в государственном, частном и третьем секторах, включая продовольственные магазины, компании розничной торговли, Национальную систему здравоохранения, Ассоциацию производителей пищевых продуктов и напитков Шотландии, Национальную федерацию предпринимателей, местные власти и местные сообщества. Эти мероприятия потребуют приложения немалых усилий, но и будут интересными, и какие-то из них будет осуществить легко, а какие-то трудно. Стратегия будет содействовать развитию индустрии пищевых продуктов и напитков и укреплению имиджа Шотландии как страны, которая славится своими продуктами и напитками, и стимулировать здоровый и устойчивый выбор, сделает государственный сектор Шотландии примером устойчивой системы закупки продовольствия, обеспечит надежные запасы продовольствия и их способность выдержать любые изменения, сделает пищевые продукты доступными для всех с точки зрения наличия и стоимости, а также позволит шотландцам больше узнать о той пище, которую они едят (Scottish Government, 2009).

В своем первом ежегодном отчете о физическом и психическом благополучии населения Канады в 2008 г. главный санитарный врач д-р David Butler-Jones указал, что снижение детской бедности принесет пользу для здоровья всех канадцев: "Каждый доллар, потраченный на обеспечение здорового начала жизни, способствует снижению долгосрочных расходов, связанных с медико-санитарной помощью, зависимостями, преступностью, безработицей и социальным обеспечением." (Butler-Jones, 2008).

Есть много других примеров, которые демонстрируют, как акцент на здоровье помогает гражданам и секторам решать долгосрочные проблемы, рассматривая их под другим углом зрения и применяя к ним новые инструменты. Решение проблемы путем постановки межсекторальных задач иногда вызывает меньше противоречий, чем подход к проблеме напрямую. Это видно из следующего примера, связанного с насилием с применением огнестрельного оружия.

**CeaseFire [Прекращение огня]** – это некоммерческая организация, которая с помощью подходов, методов и приемов общественного здравоохранения пытается остановить распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа и предупредить насилие с применением огнестрельного оружия в некоторых районах города Чикаго, штат Иллинойс, где убийства достигли "уровня эпидемии". Инициатива исходила от научных кругов, финансировалась частными фондами и строится на тесном сотрудничестве с правоохранительными органами, системой уголовного правосудия, администрацией мэра города и, что особенно важно, с ассоциациями местных общин и гражданами. Задача CeaseFire заключается в том, чтобы разорвать круг насилия и изменить нормы поведения. Инициатива включает в себя информационные кампании, просвещение по стратегическим вопросам по принципу "равный-равному" и меры вмешательства в отношении групп высокого риска; всё это оказалось весьма эффективным в борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также в изменении поведения людей. Независимая оценка эффективности проекта показала, что благодаря ему количество случаев применения огнестрельного оружия снизилось дополнительно на 17-24%. В четырех частично перекрывающихся друг друга районах количество раненых или убитых в перестрелках сократилось на 16-34% (Skogan et al., 2008).

Снижение уровня насилия в городских районах отвечает интересам правоохранительных органов и системы уголовного правосудия, а также имеет определенное значение и для здоровья населения – от снижения нагрузки на службы неотложной медицинской помощи до снижения уровня стресса и тревоги у населения, живущего в опасных районах.

#### *Совместная работа: успешное сотрудничество в области стратегического руководства*

Опыт инициатив, таких как "учет интересов здоровья во всех стратегиях", указывает на определенные сложности в достижении успеха, особенно если полномочия и ресурсы распределены неравномерно. Добиться успеха будет еще труднее, если приверженность интересам здоровья и благополучия населения разделяют не все секторы государственного управления и защитой этих интересов занимается только министерство здравоохранения. В связи с этим неоднократно проводился мета-анализ примеров из различных сфер политики, от общественного здравоохранения, образования и социального обеспечения до международных отношений и управления природными ресурсами, призванный выявить общие положения или непредвиденные обстоятельства, точно отражающие элементы, способствующие или препятствующие совместному стратегическому руководству.

С точки зрения процесса и структуры, разумное стратегическое руководство через сотрудничество зависит от следующих факторов:

- *Исходные условия для сотрудничества*, поскольку суждения об относительной власти и ресурсах, которыми обладают заинтересованные стороны, восприятие взаимозависимости между заинтересованными сторонами и история их прежнего сотрудничества или антагонизма совместно определяют успешное межсекторальное сотрудничество с участием целого ряда действующих субъектов и ставят на повестку дня вопрос о том, когда лучше выбирать какой-то один конкретный сектор; (дополнительная информация о мета-анализе, "аналитической информации, полученной от толпы" и открытых для доступа государственных баз данных см. в аналитическом докладе M.N.K. Boulos.).
- *Роль руководящего звена*, которая заключается в выстраивании единых исходных условий, процессов и структур, установлении правил и создании отношений доверия между сторонами и налаживании диалога.

- *Институциональная структура*, то есть структура основанных на сотрудничестве систем и стратегическое руководство ими, от которой зависит, кто имеет доступ к сотрудничеству и возможность принять участие в нем, и которая устанавливает правила для процесса, обеспечения прозрачности, достижения консенсуса и определяет сроки.
- *процесс сотрудничества*, то есть многократно повторяющийся процесс заключения соглашений, формирования руководящего звена, обеспечения законности, создания отношений доверия, разрешения конфликтов, планирования, осуществления совместных шагов на пути к немедленным результатам, или "маленьким победам", приверженности процессу и выработки единого понимания сложностей и ценностей.<sup>3</sup>

Разумное стратегическое руководство в интересах сотрудничества зависит от "построения добродетельного цикла из коммуникации, доверия, приверженности, понимания и конечных результатов" (Huxham, 2003; Imperial, 2005; Ansell & Gash, 2008). В успешном межсекторальном сотрудничестве все более важную роль начинают играть социальные установки и культура, создание отношений доверия, существование подлинной взаимозависимости задач, время и знания.

- *Общие заботы*: важность достижения консенсуса в отношении того, что здоровье и благополучие являются одной из всеобщих задач, стоящих перед обществом. "Сети стратегического руководства по своей сути представляют собой борьбу между разными ценностями, способами определения проблем и выработки решений" (Klijn, 2010). В значительной степени здоровье населения зависит от способности общества вместе работать во имя достижения общих целей, несмотря на различающиеся частные интересы сторон.
- *Непрерывный диалог*: уроки, полученные из опыта Швеции по реализации межсекторальных стратегий в сфере здравоохранения, лишний раз доказывают важность непрерывного диалога. Исходя из личного опыта, Pettersson (2010) вспоминает, что выявление общих интересов с другими секторами является длительным процессом, требующим постоянного диалога и реалистичных временных рамок. Определять проблемы и разрабатывать показатели для мониторинга прогресса необходимо с участием всех партнеров, принимая во внимание их язык, понятия и методы работы. Вполне вероятно, что другие секторы уже занимаются укреплением здоровья, но просто делают это под другими названиями, используя другой организационный жаргон.

Например, меры по повышению безопасности пассажиров, чистоты, точности работы и улучшению моментального информирования в общественном транспорте в Швеции также могут способствовать профилактике травматизма, повышению уровня гигиены и снижению стресса (Pettersson, 2010).

- *Понимание другой стороны*: сектор здравоохранения должен научиться понимать и усиливать вклад секторов-партнеров в укрепление здоровья и благополучия. Сюда входит понимание регулярных циклов политики, сферы стратегической ответственности и существующих стратегических программ и документов своих партнеров, что требует определенной подготовки и времени. По мере того, как круг партнеров расширяется, разумное стратегическое руководство призвано

---

<sup>3</sup> Ansell & Gash (2008) сообщили о результатах мета-анализа 137 практических примеров совместного стратегического руководства, авторы которого, Bryson et al. (2006), провели обзор литературы, посвященной теории партнерств, сетей и межсекторального сотрудничества.

прояснить ответственность сторон за осуществление действий в условиях, когда ответственность за охрану здоровья лежит на всех.

- *Доверие*: когда и при каких обстоятельствах необходим общегосударственный подход? Возможности общества, в свою очередь, зависят от способности различных секторов доверять друг другу в достаточной степени для того, чтобы пойти на риск и инициировать столь сложную и чреватую неудачей стратегию, как межсекторальное сотрудничество (Bryson et al., 2006; Vangen & Nuxham, 2003). Доверие строится на ожидании того, что отдельные субъекты, входящие в сеть, будут воздерживаться от оппортунистического поведения (Klijn, 2010). Создание отношений доверия – это постоянный процесс, основанный на обмене информацией и знаниями и демонстрации компетентности, добрых намерений и доведения начатого до конца (Bryson et al., 2006).

Разумное стратегическое руководство в интересах сотрудничества может основываться на самых разных инструментах и механизмах, доказавших свою полезность на различных этапах стратегического руководства через сотрудничество (ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия, 2010). К ним относятся:

- **Межминистерские и межведомственные комитеты**

Консультативный совет по общественному здравоохранению Финляндии – это форум, который объединяет 17 представителей всех секторов государственного управления, неправительственных организаций, научно-исследовательских институтов и муниципалитетов. На заседаниях этого совета могут совместно формулироваться проблемы и может выявляться взаимозависимость и со временем складываться атмосфера доверия и вырабатываться структура лидерства. Работу Совета дополняют межсекторальные программы в области политики, напрямую связанные с канцелярией премьер-министра, что обеспечивает для этого подхода к стратегическому руководству в интересах здоровья дополнительную поддержку на уровне руководителей страны (Wismar & Ernst, 2010).

- **Межсекторальные рабочие группы**

В США Управление общественного здравоохранения города Сиэтла и округа Кинг сформировало "рабочую группу по защите интересов уязвимых групп населения", которая координирует меры по обеспечению готовности всего округа к чрезвычайным ситуациям вместе с целым рядом партнеров в местных общинах. Группа состоит из специалистов различного профиля, обладающих знаниями и опытом в области общественного здравоохранения применительно к уязвимым группам населения, обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и контроля инфекционных заболеваний.

- **Платформы для партнерства**

Неправительственная организация Health & Development Networks ["Сети по вопросам здравоохранения и развития"], обладающая более чем десятилетним опытом поддержки голосов местных общин, создала "национальные платформы для партнерства", которые позволяют осуществлять более слаженные и лучше подготовленные меры реагирования на ВИЧ-инфекцию, туберкулез и связанные с ними вопросы здравоохранения и развития. Это платформы для обмена информацией, диалога и информационно-пропагандистской деятельности, которые помогают партнерам из гражданского общества обмениваться информацией и опытом работы с этими заболеваниями. Платформы для партнерства действуют в Замбии, Зимбабве, Ирландии, Камбодже, Малайзии, Таиланде и Уганде, а в настоящее время такая платформа создается во Вьетнаме.

- **Интегрированные бюджеты и бухгалтерская отчетность**

Целью включения пользы для здоровья от езды на велосипеде и ходьбы пешком в анализ инвестиций в транспортный сектор с точки зрения соотношения затрат и выгод

является увеличение на 20% показателей распространенности ходьбы пешком и езды на велосипеде и замена ходьбой пешком и ездой на велосипеде 15% поездок на короткие расстояния на автомобиле или на общественном транспорте. Ожидаемая польза для здоровья будет проявляться в снижении распространенности раковых заболеваний (пять типов), повышенного кровяного давления, диабета 2 типа и заболеваний костно-мышечной системы; к другим выгодам будет относиться снижение числа дорожно-транспортных происшествий, уменьшение времени в пути, повышение безопасности и сокращение перевозок детей школьными автобусами, а также снижение загрязнения воздуха, шума, загруженности и износа дорог и расходов на парковку. Как показывают оценки, выгода составит 420 миллиардов евро, или 880 евро в год на каждого умеренно активного человека. Расчет выполнен Норвежским институтом экономики транспорта и исследований в области перевозок. (Institute of Transport Economics., 2002).

- **Системы информации и оценки для всех**

Назначение "контрольного перечня вопросов для сектора здравоохранения по учету гендерных аспектов во всех стратегиях и программах" (World Bank Institute/PRMGE, African Development Bank Group, 2009) состоит в том, чтобы помочь работникам и консультантам Всемирного банка в проведении анализа и выявлении гендерных проблем в секторе здравоохранения, разработке правильных стратегий и компонентов, учитывающих гендерную проблематику, распределении ресурсов и определении контрольных показателей для всех этапов цикла проекта или программы. Контрольные перечни вопросов должны использоваться вместе с разработанными Банком операционным руководством и "процедурами осуществления оценок в области охраны окружающей среды и в социальной области", чтобы обеспечить полноценный анализ гендерных проблем и учет гендерных аспектов в проектах. В рамках этих процедур должны быть подготовлены учитывающие гендерные особенности технические задания для проведения оценок в области охраны окружающей среды и в социальной области, чтобы продемонстрировать применение передовой практики учета гендерных аспектов в любом финансируемом Всемирным банком проекте в каком-либо секторе, включая сектор здравоохранения.

- **Совместная деятельность по подготовке трудовых ресурсов**

Сеть по подготовке трудовых ресурсов для работы с детьми и молодежью была создана Советом по кадровым ресурсам социальной помощи Уэльса в 2006 г. по поручению правительства Уэльса. В ее задачи входит содействие улучшению жизни детей и молодежи путем обеспечения работающих с ними людей максимально высоким уровнем профессиональной подготовки, наивысшей квалификацией, поддержкой и помощью советами; формирование отряда работников, вооруженных всеми необходимыми знаниями и средствами для реализации комплексного подхода к предоставлению детям и молодежи Уэльса услуг, предусмотренных в соответствии с Законом о детях 2004 г., и принятие мер к тому, чтобы вызвать интерес у всего спектра организаций-работодателей ко всем секторам, которые работают с детьми и молодежью.

- **Законодательная база**

Швейцарская политика борьбы с наркотиками основывается на подходе из четырех элементов: профилактике, правоохранительной деятельности, лечении и снижении вреда. Количественные данные по каждому из этих четырех элементов говорят о том, что восприятие проблем, реализация стратегических решений и эффект этой политики борьбы с наркотиками изменились. Новое восприятие наркозависимых людей повлекло за собой новый подход, основывающийся на социальной помощи и мерах общественного здравоохранения, а не на принуждении и наказании. В то же время был усилен компонент принуждения в отношении тех, кто наживается на торговле наркотиками. Такая четырехкомпонентная политика задумана как сбалансированный и прагматичный подход, основанный на признании того факта, что проблемы, связанные с наркотиками, невозможно искоренить и что нужны шаги по смягчению последствий употребления наркотиков и нелегальной торговли ими.

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья должно приводить к улучшению, углублению взаимодействия с различными субъектами из социальной сферы, чему должно способствовать повышение прозрачности, и подчиняться ценностям общества. Здесь важную роль играют средства массовой информации. В целом одним из наиболее действенных инструментов обеспечения координации, правомерности и подотчетности следует признать обмен информацией (Hernández-Aguado & Parker, 2009). Это же относится и к бизнесу, о котором часто говорят, что он способствует созданию "каверзных проблем", но мало делает для их решения. Хотя в конечном счете могут потребоваться и жесткие регулятивные меры, бизнес берет на себя инициативу перестроить философию своей деятельности в соответствии с ценностями общества и добровольно отчитываться о достигнутом прогрессе. Переход к принципу "общей ценности" открывает перед бизнесом вариант "разумного руководства" – более активно содействовать решению проблем, тем самым устраняя необходимость введения более жесткого регулирования и угождая при этом предпочтениям, которые потребители отдают более здоровым и безопасным продуктам.

Международный альянс производителей пищевых продуктов и напитков был создан в мае 2008 г., когда генеральные директора восьми крупных производителей пищевых продуктов и напитков направили Генеральному директору ВОЗ д-ру Маргарет Чен письмо, в котором выразили готовность своих компаний поддержать Глобальную стратегию ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья (ВОЗ, 2004). Они признали важную роль частного сектора, обязавшись активизировать работу, которая уже ведется отдельными компаниями, по реализации "пяти обязательств за пять лет":

1. продолжить работу по изменению рецептуры продуктов и созданию новых продуктов, облегчающих достижение целей улучшения рациона питания;
2. предоставлять понятную информацию о пищевых свойствах продуктов всем потребителям;
3. распространить на весь мир инициативы по ответственной рекламе и маркетингу товаров, ориентированных на детей;
4. повышать осведомленность о сбалансированном рационе питания и необходимости повышения уровня физической активности;
5. активно участвовать в партнерствах между государственным и частным секторами, которые поддерживают Глобальную стратегию ВОЗ.

Международный альянс производителей пищевых продуктов и напитков (International Food and Beverage Alliance 2009, 2011) направил д-ру Чен два отчета о прогрессе, достигнутом в выполнении этих пяти обязательств.

### *Что может стать причиной неудачи стратегического руководства через сотрудничество?*

Литература, посвященная партнерствам между организациями, подтверждает результаты исследований в области стратегического руководства через сотрудничество. McQuaid (2010), анализируя примеры политики возрождения городов и отсутствия доступа на рынок труда, пришел к выводу, что существует ограниченное количество причин неудавшихся партнерств:

- конфликт по поводу задач и целей;
- значительные, но недооцененные прямые издержки и издержки упущенных возможностей с точки зрения времени, необходимого на создание отношений доверия и достижение консенсуса;
- низкая ответственность партнеров за успехи и неудачи;

- трудности территориального и организационного характера, когда считается, что партнерства умаляют значение инициатив в главных направлениях, или когда определенные характеристики структур или институтов внутри ведомств-партнеров чрезмерно затрудняют для них преодоление полной изоляции своей политики;
- несимметричность технических навыков и опыта, которые вкладываются в партнерство;
- различия в философии между партнерами, например, в отношении роли рынков, или разные ценностные или этические системы, что приводит к дроблению культуры сотрудничества в партнерстве;
- различающиеся властные отношения и уровни участия местных общин.

### 5.2.2 Стратегическое руководство через вовлечение граждан

Расширение стратегического руководства в интересах здоровья и более широкое понимание здоровья также подразумевает важность учета мнений еще большего числа действующих субъектов. Сектор здравоохранения, как уже отмечалось выше, должен работать вместе с другими секторами политики; он должен работать с частным сектором и неправительственными организациями, и все чаще и чаще ему приходится работать с отдельными людьми, выступающими в своей повседневной жизни в качестве пациентов, потребителей и просто граждан. Профилактика, диагностика и лечение заболеваний могут быть успешными только при активном участии граждан, и правительства и граждане стран Европы в целом согласны с этим. (См. аналитический доклад S. Andersson). Политика больше не может быть просто задана кем-то – для успеха требуется совместная деятельность и участие и сотрудничество граждан.

*Разнообразие форм участия:* Участие пациентов стало не просто неотъемлемым аспектом медико-санитарной помощи в Европе, но и моделью для других форм участия граждан в жизни общества. Существуют, однако, "важные различия между деятельностью, направленной на расширение прав и возможностей индивидуальных пациентов в отношении оказания помощи им самим, с одной стороны, и структурами, которые создаются для того, чтобы позволить общественности (как заинтересованным частным лицам, так и выбранным представителям) требовать отчета от учреждений здравоохранения, с другой". (См. аналитический доклад S. Andersson, в частности, его рассуждения о том, зачем нужно поощрять участие пациентов и общественности, и таблицу 1, взятую из этого же доклада)

.Таблица 1. Зачем поощрять активное участие пациентов и общественности?

Пациенты	Граждане
Обеспечить надлежащее качество лечения и ухода	Улучшить систему оказания услуг
Улучшить результаты для здоровья	Определить приоритеты для государственных расходов
Сокращать факторы риска и предотвращать нездоровье	Удовлетворять спрос
Повысить безопасность	Соответствовать ожиданиям
Снизить количество жалоб и обращений в суд	Укрепить подотчетность

*Источник:* Coulter (2005) в аналитическом докладе S. Andersson.

Частные лица участвуют не только так, как это описано в приведенной выше таблице, но и как потребители, а эта роль в некоторых нюансах отличается от роли пациентов и граждан. Участие может быть непрерывным процессом, от предоставления информации до расширения прав и возможностей и от консультаций до совместного производства результатов, делегирования полномочий и полного контроля за принятием решений. Правительство Канады подготовило ряд рекомендаций по изменению поведения населения в отношении "каверзных проблем" в области окружающей среды и охраны здоровья. Эти рекомендации, которые получили название "инструменты перемен", состоят из проверенных методов укрепления здоровья, безопасности и повышения экологической сознательности граждан (Cullbridge Marketing and Communications, 2011).

Оценить уровень полномочий, которые в каждом случае делегируются участникам, помогают несколько аналитических моделей. (См. аналитический доклад E. Andersson и его комментарии в отношении повышения влияния общественности (Таблица 2)). Модель, приведенная ниже, была создана Международной ассоциацией за участие общественности (Involve, 2005):

Таблица 2. Повышение уровня влияния общественности

Информировать	Консультировать	Вовлекать	Сотрудничать	Наделять полномочиями
Предоставлять информацию	Получать отзывы общественности	Работать напрямую с общественностью	Устанавливать партнерские отношения с общественностью	Наделять общественность правом принятия окончательного решения

*Источник:* Из аналитического доклада Andersson (2011), с изменениями.

Обычно процессы политики сконцентрированы на первых двух уровнях участия – информирование и консультирование граждан, потребителей услуг и заинтересованных сторон. Непосредственное взаимодействие с общественностью, партнерские отношения с ней и расширение ее прав и полномочий – это уже более сложные и реже применяемые методы, однако они крайне важны для сохранения демократических ценностей по мере того, как стратегическое руководство все шире рассредоточивается по всему обществу.

Например, в декабре 2007 г. правительство Финляндии утвердило **Программу по реализации политики в отношении детей и молодежи** (Ministry of Education, Finland, 2008), которая предусматривает комплексные межсекторальные подходы, центральное место в которых занимает вовлечение граждан и расширение их прав и возможностей. Программа состоит из трех частей: общество, ориентированное на интересы детей, благополучие семей и предупреждение социальной отверженности. Красной нитью сквозь всю программу проходят вопросы гендерного равенства и мультикультурализма, которые отражены в каждом ее разделе и мероприятии. Финское правительство особенно заинтересовано в том, чтобы дать детям и молодежи большее право голоса и больше возможностей для участия: детей и подростков стимулируют к тому, чтобы они влияли на свое окружение, ежедневно высказывая свою точку зрения – в школе, на муниципальном уровне и на стадии планирования тех или иных услуг. Такой подход может стать моделью для других государств Европейского региона ВОЗ: региональные власти и правительства стран должны придумывать новые способы для того, чтобы мнения детей и молодежи были услышаны. Еще одним примером расширения прав и возможностей детей и молодежи могут служить созданные в Бельгии и Ирландии детские и молодежные парламенты.

**Парламент детей и молодежи в г. Усти-над-Лабем (Чешская Республика)** был создан еще в 1999 г., и за это немалое время он успел повлиять на различные сферы общественной жизни. Его членами являются дети в возрасте 12-18 лет, учащиеся начальных и средних школ, которые готовы заниматься этой деятельностью в свое свободное время, коммуникабельны и способны претворять свои идеи в жизнь. Благодаря возрастным ограничениям, члены парламента постоянно меняются, и у новых членов есть возможность проявить себя и выдвигать свои идеи.

### **Разнообразие форм участия**

Существует множество примеров удачного вовлечения общественности в сферу здравоохранения в Европе. Приведенные ниже примеры иллюстрируют некоторые основания для такого вовлечения.

*Изучение восприятия общественностью новых областей политики: Конференция по достижению консенсуса "Тестирование наших генов", Дания, 2002 г.* Дания стала пионером в разработке и применении совещательных методов, предназначенных для вовлечения произвольным образом выбранных представителей общественности в оценку новых сфер политики. В данном примере небольшую группу граждан попросили подумать о том, как правительство должно решать этические вопросы, связанные с генетическим тестированием.

*Содействие реализации существующих стратегий: Семинар по борьбе против табака, Армения, 2007 г.* В совещании, организованном под эгидой Коалиции за Армению без табака, приняли участие государственные, международные и неправительственные организации, практические работники и ученые. Обсуждался вопрос о том, каким образом гражданское общество может содействовать разработке и реализации национальной стратегии по борьбе против табака.

*Выяснение мнения общественности о качестве услуг: Советы по реализации Закона о социальной поддержке, Нидерланды, 2008 г.* В соответствии с Законом о социальной поддержке 2007 г., муниципалитеты обязаны вовлекать граждан в процесс оказания социальной помощи. Многие муниципалитеты учредили советы по реализации закона о социальной поддержке, чьей задачей является предоставление муниципалитету (как по его просьбе, так и по собственной инициативе) рекомендаций, касающихся политики в отношении реализации Закона социальной поддержке.

*Наделение граждан возможностью оценивать услуги здравоохранения: Проект "Голос народа", Украина, 1999 г.* При финансировании Всемирного банка был создан проект по наделению граждан возможностью привлекать к ответственности службы здравоохранения. Для этого использовались "карточки для отзывов граждан", проводились конференции, общественные слушания, обследования и обучение работников неправительственных организаций и государственных служащих. После этого метод "гражданского аудита" стал использоваться во многих странах Европы для оценки качества услуг здравоохранения с точки зрения граждан. Ведущую роль в этом играет итальянская неправительственная организация Cittadinanzattiva.

*Распределение средств и установление приоритетов в их расходовании: "Составление и исполнение бюджета с участием общественности", Севилья, Испания, 2004.* Составление и исполнение бюджета с участием общественности позволяет гражданам непосредственно принимать решения или влиять на принятие решений в отношении расходования средств на уровне города или городского района. Этот процесс был инициирован в Латинской Америке и затем использовался в Германии, Испании, Италии, Соединенном Королевстве, Франции и других странах Европы. В Севилье каждый год тысячи жителей вовлекаются в принятие решений о расходовании бюджетных средств на здравоохранение, транспорт, культуру и другие цели.

### *Как технологии могут улучшить показатели вовлеченности общественности*

Последние достижения в области потребительских технологий и инновации со стороны частного сектора (включая фонды) создают новые возможности для содействия вовлечению граждан. Например, такие организации, как *AmericaSpeaks* ["Америка говорит"], апробировали так называемый метод "заседаний в городской ратуше XXI века", когда тысячи произвольным путем отобранных граждан собираются в одном или нескольких местах и участвуют в публичных дебатах. Участники рассаживаются за столами по восемь-десять человек; к каждому столу прикреплен специально подготовленный ведущий-методист. Они обсуждают вопросы и составляют список коллективных приоритетов. Технологии обеспечения всеобщего участия позволяют услышать голос каждого: на каждом столе устанавливается компьютер, который используют как "электронный перекидной альбом", чтобы сразу фиксировать и передавать составленные предложения; также столы оснащены приставками для голосования, с помощью которых участники совещания определяют наиболее важные приоритеты. Похожие "конференции по достижению консенсуса" проводятся и в Европе, как на местном, так и на региональном уровне. Существуют различные способы применения этой модели и в сфере охраны здоровья:

В Соединенном Королевстве организация *Global Voices* ["Голоса мира"], которая является международным филиалом *AmericaSpeaks*, вместе с Национальной службой здравоохранения и фирмой "Opinion Leader Research" провели в 2005 г. национальный диалог по вопросам политики на тему **"Ваше здоровье, ваша помощь, ваш голос"**, в результате которого был выработан план действий и приняты определенные обязательства премьер-министром страны Тони Блэром. Встреча вызвала огромный общественный интерес и транслировалась через прямое включение по Интернету, в течение целого дня освещалась на нескольких каналах телекомпании Би-Би-Си и о ней были опубликованы репортажи в национальной прессе.

Год спустя работающая в сфере коммуникаций немецкая компания IFOK и "Фонд короля Бодуэна" организовали конференцию более узкой направленности на тему **"Обсуждение европейскими гражданами научных знаний о мозге"**. Конференция, которая проводилась на девяти языках, стала первым примером международной конференции по достижению консенсуса. Ее итогом стало направление в Европейский парламент 37 рекомендаций по достижению консенсуса, в которых указывались приоритеты для научных исследований и регламентирования исследований головного мозга (*Meeting of Minds European Citizens, 2006*). Рекомендации позволили определить рамки национальных и международных совещаний по данному вопросу и послужили руководством для научных исследований и выработки политики. Результаты растущего объема исследований подтверждают положительный эффект совещательного процесса как для граждан, так и для государственных институтов (*Varabas, 2004*).

Технологии помогают гражданам не только участвовать в сборе информации и обмене знаниями или в совместном оказании медико-социальной помощи, но и выступать в качестве независимых субъектов, участвующих в процессе стратегического руководства в интересах здоровья. За последнее десятилетие так называемые смартфоны, то есть мобильные телефоны с расширенными компьютерными и коммуникационными функциями, выходящими за рамки стандартных функций обмена в голосовом и текстовом режиме и обеспечивающими бесперебойное подключение к Интернету и указание местоположения абонента, "глубоко проникли в жизнь общества, охватив в западных индустриально развитых странах весь возрастной спектр пользователей, от школьников до людей старшего возраста" (см. аналитический доклад M.N.K. Boulos). Эти устройства пользуются все большим доверием людей, поскольку способны облегчать совместное оказание медико-социальной помощи благодаря мобильному мониторингу состояния здоровья и пропагандировать здоровые модели поведения: в 2010 г. на рынке были доступны 7000 программных приложений для смартфонов, связанных с контролем

за состоянием здоровья (Kailas et al., 2010). Менее понятны приложения, связанные с совместным стратегическим руководством.

Например, британское программное приложение **LoveCleanStreets** ["Мы любим чистые улицы"] позволяет гражданам использовать встроенную систему глобального позиционирования (GPS) и видеокамеру смартфонов для того, чтобы напрямую сообщать местным властям об экологических и других проблемах в своем квартале. Гражданам достаточно сфотографировать проблему – например, разбитый тротуар или фонарь, мертвых животных, повреждения оборудования в парке, собачьи экскременты, незаконный выброс мусора, граффити и забитые водосточные люки или канавы. Приложение отправляет фотографию вместе с указанием точного места нахождения проблемы, которое определяется с помощью GPS. После этого пользователь смартфона может зайти на сайт [www.lovecleanstreets.org](http://www.lovecleanstreets.org) и увидеть, какие меры были приняты по его сообщению. M.N.K. Boulos (см. аналитический доклад) установил, что городские советы "весьма позитивно и своевременно реагируют на сообщения граждан через приложение для мобильных телефонов [lovecleanstreets.org](http://lovecleanstreets.org)."

Подобная потребительская технология наделяет людей дополнительными возможностями и позволяет им почувствовать себя хозяевами и содействовать тому, чтобы окружающий мир стал более здоровым и безопасным. Возможность позвонить по бесплатному номеру и напрямую сообщить о проблеме существует уже многие десятилетия, однако простота отправления сообщения с помощью новых технологий и, что еще важнее, возможность проследить за реакцией на сообщение, делает "правильный выбор простым выбором" для граждан, которые в противном случае, пожалуй, не стали бы тратить время и силы на отправку такого сообщения. Сайт [www.police.uk](http://www.police.uk) использует социальные сети для информирования граждан о криминогенной ситуации в их районе и получения от них информации о преступлениях.

Социальные сети также предоставляют беспрецедентные возможности для многосторонней связи и взаимодействия между государственными организациями, а также между организациями и местными сообществами, которых они обслуживают. Таким образом они "расширяют права и возможности граждан тем, что помогают сформировать информированное население, повышают доверие общественности и поощряют граждан к участию в придании услугам таких форм, какие им нужны: граждан просят высказывать свои мнения и замечания и предлагать новые идеи ("мудрость толпы" и требования общественности)". Высокая скорость передачи информации и данных, а также возможность "разработки" социальных форумов для извлечения информации от "источника толпы" об общественных настроениях и мнениях помогают выработать более устойчивую и прочную государственную политику. (Дополнительную информацию о сетевых социальных средствах массовой информации, виртуальных и "зеркальных" мирах и их значении для стратегического руководства в интересах здоровья см. в аналитическом докладе M.N.K. Boulos.)

**Смартфоны** предоставляют беспрецедентные возможности для усиления "власти толпы" благодаря растущему числу приложений, используемых для "призыва к толпе о помощи в решении проблемы" и позволяющих в реальном времени обеспечить участие многих людей в решении вопросов здравоохранения и медико-санитарной помощи. В качестве примера можно привести приложение **MedWatcher** (<http://www.healthmap.org/medwatcher/>), касающееся применения лекарственных средств, или приложение **HealthMap "Outbreaks Near Me"** ["Вспышки заболеваний рядом со мной"], (<http://www.healthmap.org/outbreaksnearme/>), предложенное группой **Children's Hospital Informatics Program**, которая разработала приложение **Medwatcher**, и позволяющее проводить "общественное эпидемиологическое исследование" (когда пользователи приложения сообщают о вспышках заболеваний в своих районах). Еще один пример – работающее в реальном времени и позволяющее спасти человеческие

жизни приложение для iPhone, используемое службой пожарной охраны Сан-Рамон Вэлли (Калифорния) (<http://firedepartment.mobi/>). Оно уведомляет местных граждан, умеющих проводить восстановление сердечной деятельности и дыхания, о поступлении на телефон национальной службы спасения сообщения об остановке сердца. Встроенная в iPhone система GPS сообщает ответившим на сообщение о местоположении учреждения неотложной помощи и ближайших дефибрилляторов.

### *Как прозрачность может стимулировать инновации*

Вовлечение общественности идет рука об руку с прозрачностью – необходимым элементом установления доверия в системах стратегического руководства через сотрудничество. Когда между сторонами успешно установлены отношения доверия, это открывает новые возможности для внедрения беспроигрышных, взаимовыгодных инноваций путем совместного производства знаний усилиями общества и науки, в дополнение к таким механизмам координации, как иерархическая власть и рыночные силы цены и конкуренции.

Например, медицинские компании используют данные о пациентах для научных исследований и конструкторских разработок, а государствам эти данные нужны для принятия решений о том, куда вкладывать государственные средства. Однако сектор здравоохранения защищает личную жизнь пациентов и их данные, поскольку история знает немало примеров дискриминации людей на основании их заболеваний, а также поскольку необходимо защитить святость взаимоотношений между врачом и пациентом. Пациенты же обычно требуют максимального ускорения прогресса в области медицины и роста инвестиций в сферы, которые для них наиболее важные. Некоторые пациенты проявляют готовность раскрыть свои личные данные ради повышения эффективности исследований, развития и государственных инвестиций при условии прозрачности и открытости в том, как эти данные будут использоваться.

Примером реализации этого принципа является сайт **patientslikeme.com**, на котором пациенты могут открыто обмениваться информацией о себе в режиме онлайн в знакомом им формате социальных сетей. Это содействует расширению прав и возможностей пациентов и позволяет им сравнивать свои ситуации и принимать более осознанные решения в отношении собственного здоровья; помимо этого, сайт представляет собой альтернативную платформу для исследований. На сайте patientslikeme.com ["такие же пациенты, как я"] сформировалось несколько сообществ, представляющих подборки данных, по общему объему достаточные для проведения клинических испытаний (например, сообщество больных рассеянным склерозом, насчитывающее почти 23000 участников). Это особенно важно в случае редких заболеваний, когда пациенты могут быть разбросаны по огромной территории. Когда готовилась данная публикация, компании Abbot Laboratories и Novartis Pharmaceuticals Corporation проводили с помощью сайта patientslikeme.com свои клинические испытания. Философия открытости проекта Patientslikeme представляет собой систему ценностей, основанных на прозрачности всех сторон процесса, что стимулирует различные взаимовыгодные инициативы, которые были бы немислимы в системе асимметричного предоставления информации.

Государства также начинают осознавать ценность прозрачности данных. В Соединенном Королевстве, например, был создан онлайн-портал для обмена данными (см. врезку ниже). Открытие доступа к государственным данным, от которого зависит получение многих фактических данных, необходимых для выработки политики, стало серьезным шагом вперед на пути к повышению прозрачности процесса выработки политики. Это также стимулирует граждан к участию в этом процессе путем представления своих выводов и рекомендаций по волнующим их вопросам через такие инициативы, как проводимый в Соединенном Королевстве конкурс "Укажите нам лучший путь".

### **Создание открытых источников данных**

Правительство Соединенного Королевства имеет в своей структуре должность директора по вопросам цифровых контактов с населением, который занимается цифровыми технологиями новых социальных СМИ и их интеграцией в инфраструктуру повседневной коммуникации и общей деятельности правительства. Цель состоит в том, чтобы поддерживать и поощрять министерства и ведомства в применении методов цифровых контактов с населением, таких как коммуникация через системы "Фейсбук" и "Твиттер", а также более традиционных методов вовлечения общественности.

Интернет-портал правительства Соединенного Королевства data.gov.uk, созданный в сентябре 2009 г. – это смелый проект, ставящий перед собой цель открыть для бесплатного повторного использования широкой общественностью практически все данные (кроме личных), собранные для официальных целей. Этот портал "Открытое правительство" обеспечивает бесплатный доступ к тысячам групп государственных данных и более чем к сотне приложений для работы с данными.

Важную роль в создании многопрофильных сетей, содействующих охране здоровья, сыграло Европейское региональное бюро ВОЗ. В качестве примеров существующих длительное время многопрофильных и политически ориентированных сетей можно назвать Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Европейскую сеть ВОЗ "Здоровые города". Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы является компонентом Пакта о стабильности 1999 г., связанным с охраной здоровья. Это политический и институциональный форум, который был учрежден правительствами Албании, Болгарии, Боснии и Герцеговины, бывшей югославской Республики Македонии, Республики Молдова, Румынии, Сербии, Хорватии и Черногории для содействия миру, примирению сторон и охране здоровья населения в Регионе. Европейская сеть ВОЗ "Здоровые города" занимается вовлечением местных органов власти в процесс развития здравоохранения путем укрепления политической приверженности, содействия изменениям институциональной структуры, укреплению организационно-кадрового потенциала, планирования на базе партнерств и подготовки инновационных проектов.

### **5.2.3 Руководство через сочетание регламентирования и убеждения**

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья означает не выбор между руководством через сети или иерархические структуры, а, скорее, разумное применение обоих подходов. "При решении многих каверзных проблем политики эффективность подходов к воздействию на поведение с помощью традиционных инструментов политики (таких как законодательство, санкции, нормы и правила, налоги и субсидии) может быть ограничена, если будут отсутствовать дополнительные инструменты и понимание того, как вовлечь граждан в изменение поведения людей общими усилиями" (Government of Australia, 2007). Разумное стратегическое руководство является по своей сути оценочным по отношению не только к инструменту, используемому в данный момент, но и к выбору и использованию инструмента в контексте множественности инструментов и способов их применения. Иными словами, под разумным стратегическим руководством в интересах здоровья понимается то, как государство реагирует в стратегическом смысле на вызовы в области здравоохранения, т.е. решения, принимаемые в отношении того, какую комбинацию инструментов использовать, с какими партнерами и на каких уровнях государственного управления и общества и когда необходимо взаимодействовать.

### ***Иерархическое руководство не теряет своей актуальности***

Зеркальное изображение принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях подразумевает, что риск присутствует во многих пунктах повседневной жизни человека. Это в значительной степени определяет то, как мы формулируем стратегии в сфере здравоохранения и на кого в обществе возлагаем ответственность за здоровье. Если здоровье присутствует повсюду, то любое место или любая среда в обществе может либо

способствовать хорошему здоровью, либо ставить его под угрозу. В предыдущем разделе, посвященном стратегическому руководству через вовлечение общественности, заинтересованными сторонами в дебатах по вопросам здравоохранения были названы не только производители нездоровых продуктов или веществ, но и те, кто населяет места, где проходит повседневная жизнь и где потребляются эти продукты и вещества. Это означает переход от материальных субъектов и организаций, которые четко определяются как "организации здравоохранения", к все увеличивающейся зависимости от стратегической комбинации институциональных механизмов, составляющих структуру общества и формирующих образ жизни людей, и механизмов, регулирующих поведение людей и доступ к продуктам или модели их потребления.

Типичным примером здесь являются **нормы и правила в отношении курения**, представляющие собой сдвиг в стратегическом руководстве от индивидуальной ответственности к ответственности общества. Если в середине XX века "еще можно было утверждать, что решение курить или не курить было просто делом личного выбора человека", то к 80-м и 90-м годам XX века "растущая база фактических данных о том, что табачный дым вредит и некурящим...начала ослаблять традиционные аргументы." (Brandt, 2007). Этот сдвиг изменил всю политику регулирования и привел к культурной трансформации. Сегодня государство не только диктует, кто, где и по какой цене может покупать табачные изделия, но и определяет, где можно курить. Тем самым оно меняет восприятие курения в культуре и устанавливает новые нормы. Со временем ограничения на курение распространяются на все социальные сферы: сначала (обычно) это школы и больницы, потом важные общественные места, потом все виды транспорта, потом – рестораны и бары, пока, наконец – как в Нью-Йорке – за пределами дома не останется практически ни одного места, где курение было бы разрешено. Законодательство в отношении курения также регулирует доступ к изображениям и сообщениям путем ограничения рекламы табачных изделий. Первое международное соглашение в сфере здравоохранения – Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака – также регулирует вопросы, связанные с табаком.

Вот и оказывается, что здоровье – это действительно дело всех и каждого, как в символическом, так и в практическом смысле: владельцы баров и ресторанов, предприятия розничной торговли, администрация аэропортов и железных дорог – все должны заботиться о здоровье. Благодаря приверженности нормам, стандартам и моделям правильного поведения условия повседневной жизни стали "здоровыми", а законы и правила в одних случаях содействуют изменениям в культурной парадигме, в других просто следуют за ними (Kickbusch, 2003).

Hill & Lynn (2005), авторы наиболее полного на данный момент обзора литературы по стратегическому руководству, пришли к выводу, что, хотя важность действий государства, связанных с требованиями рынка и наличием всевозможных сетей, и возросла, никоим образом не утратило своего значения иерархическое государственное управление, и роль государства остается главенствующей, как и раньше. Bell & Hindmoor (2009) отмечают, что в последнее время государства расширили иерархический контроль на национальном и региональном уровне, например, в таких сферах, как мобильные телефоны, генетическое клонирование, Интернет, генетически модифицированные организмы, препараты, повышающие спортивные показатели у спортсменов, экстракорпоральное оплодотворение, скопление транспорта на дорогах, дисбалансы населения, антисоциальное поведение и угроза терроризма. В публикации Dube et al. (2009) приведена заслуживающая внимания иллюстрация различных вариантов выбора инструментов для реализации политики (рис. 13).

Рис. 13. Варианты выбора инструментов для реализации политики



Источник: Dubé et al. (2009).

Примечание: с широкой рамочной основой, имеющейся в распоряжении правительства Канады для оценки, выбора и применения наилучшей комбинации инструментов для достижения целей политики можно ознакомиться на сайте <http://www.regulation.gc.ca/documents/gl-ld/asses-eval/asses-eval00-eng.asp>

Традиционные инструменты иерархического руководства – командно-административная система управления, правила и нормы поведения, подкрепленные санкциями и вознаграждениями от государства – также претерпевают изменения (Salamon, 2002). На региональном и глобальном уровне возникают новые прослойки регулирующих органов, и государства пересматривают организацию своих институтов, стремясь к усилению иерархической власти и централизованного контроля. В последние десятилетия политические лидеры еще больше централизовали исполнительную власть, чтобы обеспечить сильное руководство, необходимое в условиях реальных или субъективно воспринимаемых кризисов (Hocking, 2005; Poguntke & Webb, 2005; Walter & Strangio, 2007; Bell & Hindmoor, 2009). В то же время увеличилось и количество регулирующих органов, поскольку от государства ожидается, что оно будет выполнять роль полицейского для общества и рынка и смягчать последствия рисков, связанных с новыми технологиями.

**В Испании** впервые в мире был введен запрет на участие чересчур худых моделей в показе моды высшего уровня в Мадриде. Он вызвал бурю возмущения среди модельных агентств и заставил говорить о перспективе аналогичных запретов в других местах. Модели с недостаточной массой тела не пустили на Мадридскую неделю моды после того, как начались протесты, связанные с тем, что девочки и молодые женщины стремятся подражать внешнему виду худых как щепки моделей и в результате страдают от расстройств питания (Cable News Network [CNN], 2006).

Политика Европейского союза представляет собой яркий пример нового регуляторного подхода к стратегическому управлению, которое все в большей степени становится: "(a) совещательным (консенсус часто считается предварительным); (b) многоуровневым (объединяет разные уровни государственного управления – очень важный смысл этого состоит в том, что оно не имеет выраженной иерархической структуры или вообще не имеет никакой иерархии); (c) отходом от норм представительной демократии (подотчетность определяется с точки зрения прозрачности и возможности у лиц и организаций равного статуса критически исследовать деятельности власти); (d) сочетанием общих рамочных целей, спускаемых сверху, и значительной автономии у

структур и субъектов более низкого уровня, позволяющей им наново определять цели в свете полученных знаний и опыта, и (е) основанным на отчетности (о достигнутых участниками результатах деятельности) и участии в оценке коллегами и партнерами (когда результаты сравниваются с результатами, достигнутыми теми, кто использует другие средства для достижения тех же общих целей)" (Greer & Vanhercke, 2010; Sabel & Zeitlin, 2008).

### *Многоуровневое стратегическое руководство и инструменты управления эволюционируют*

Расширение механизмов вертикальной власти проявляется также и в том, что государства применяют многоуровневое стратегическое руководство для решения все большего числа проблем, решение которых требует реальной координации коллективных мер, выходящих за рамки национального государства, которые реализуются на территории национального государства на национальном и местном уровне. Тогда как руководство через сети охватывает горизонтальные межсекторальные и межведомственные аспекты разумного стратегического руководства в интересах здоровья, а руководство через вовлечение общественности демонстрирует рассредоточение ролей в руководстве в интересах здоровья между множеством новых действующих субъектов, многоуровневое стратегическое руководство нацелено на вертикальные взаимоотношения между субъектами и аренами стратегического руководства.

В частности, в Европе с 90-х годов XX века наблюдается рост количества многоуровневых соглашений в области регулирования, почти целиком обусловленный новыми властными полномочиями на региональном уровне стратегического руководства. В 70-х годах XX века, когда Европейское экономическое сообщество формулировало стратегии в отношении торговли и сельского хозяйства, каждые 3 года подписывалось менее 20 соглашений, в то время как в период между 2002 и 2005 гг. было подписано 260 таких соглашений (Bell & Hindmoor, 2009). В некоторых случаях Европейский союз мог принимать регламенты, способствующие укреплению здоровья населения, как меры по защите потребителей, например, принятый в 2006 г. регламент о напечатанных на упаковках пищевых продуктов заявлениях о пищевых свойствах и пользе для здоровья, который требовал принятия мер, призванных "обеспечить, чтобы любое заявление, размещенное на этикетке пищевого продукта или сделанное в ходе представления или маркетинга этого продукта в Европейском союзе, было понятным, точным и основанным на фактических данных, признанных всем научным сообществом"<sup>4</sup>. Все большее внимание, которое лоббисты от промышленности уделяют Европейскому парламенту – это прямое свидетельство его растущего влияния и авторитета. Это может иметь значение и для стратегического руководства в интересах здоровья, о чем говорит, в частности, пример 2010 года, когда лобби пищевой промышленности смогло уговорить Европейский парламент проголосовать против предложений о том, чтобы заставить производителей пищевых продуктов размещать "светофорные" предупреждения на лицевой части упаковки, помогающие потребителям рассчитать ежедневное потребление соли, сахара и жира.

Самые известные подходы Европейского союза к разумному стратегическому руководству предполагают использование им своих инструментов управления: декларации и заключения, меры по налаживанию более тесного сотрудничества и гармонизация посредством рекомендаций, резолюций и этических кодексов, которые используются в качестве альтернативы законодательству (Senden, 2005; Greer & Vanhercke, 2010). Примерами таких инструментов являются Платформа по вопросам рациона и статуса питания и физической активности, Группа высокого уровня по услугам здравоохранения и медицинской помощи и Открытый метод координации (Greer &

---

<sup>4</sup> [http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/claims/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/claims/index_en.htm)

Vanhercke, 2010). Последний инструмент особенно отражает включение традиционных форм иерархического руководства в методы "нового руководства" для того, чтобы "мягкое право" Европейского союза не скатилось до уровня простого обмена мнениями без доведения дела до конца. Greer & Vanhercke (2010) полагают, что для успеха регуляторных подходов, которые все меньше опираются на командные методы, непременным условием является возможность вмешательства Европейского суда с применением жесткого права на основании положений статьи 49 (оказание услуг) по делам о государственной помощи и конкуренции (ассимиляция здравоохранения во внутренний рынок). Именно такая потенциальная возможность применения жесткого права стимулирует государства-члены к получению максимально полной отдачи от более мягких механизмов, основывающихся на консенсусе. Bell & Hindmoor (2009) называют этот подход "саморегулированием под сенью иерархии".

Стремление к более смешанным и многоуровневым формам стратегического руководства обусловлено снижением зависимости проблем и их решений от той или иной территории и ростом дифференциации внутри международной системы (Zürn, 2010). Дифференциация проявляется в появлении новых, вполне законных субъектов и арен, которые не ограничиваются пределами национального государства и также берут на себя принятие решений, регулятивные действия, реализацию политики, распределение ресурсов и одобрение и признание действующих субъектов и их функций – т.е. все то, чем традиционно занимаются системы государственного управления. Zürn (2010) утверждает, что "национальным государствам становится все труднее в одностороннем порядке вырабатывать стратегии или нормы и правила, которые были бы полезны для достижения таких целей стратегического руководства, как безопасность, правовая определенность, законность или социальное обеспечение", и им приходится прибегать к многостороннему сотрудничеству и обращаться к международным и региональным институтам.

В качестве примера можно привести **европейские стратегии по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам**. Устойчивость к противомикробным препаратам является растущей угрозой для здоровья населения всего мира. По оценке совместной рабочей группы Европейского центра профилактики и контроля заболеваний и Европейского агентства лекарственных средств, в 2009 г. количество дополнительных случаев смерти, вызванных резистентными бактериями, в Европе уже превысило 25000 в год (ECDC/EMA Joint Working Group, 2009). Проанализировав политику за последние 15 лет, G. Tomson, J. Pafs и A. DISEBERG (см. аналитический доклад) выяснили, что такие страны, как Дания, Израиль, Нидерланды, Франция, Чили и Швеция вырабатывали и реализовывали на различных уровнях общества практические стратегии для борьбы с резистентностью или ее составляющими. Аналогичным образом, в больницах и медицинских центрах было введено в действие большое количество программ рационализации применения антибиотиков. Однако для успешной борьбы с устойчивостью к антибиотикам требуется многоплановый подход, в который были бы вовлечены все заинтересованные секторы общества – от Всемирной ассамблеи здравоохранения до аптеки на главной улице города и ее покупателей.

Единая региональная политика в области устойчивости к противомикробным препаратам существует в Европейском союзе с конца 90-х гг. прошлого века и являет собой конкретный пример многоуровневого нисходящего стратегического управления. В 2002 г. Европейский союз опубликовал рекомендации об ограничении доступа к системным противомикробным препаратам и использовании их исключительно по назначению врача. Восемнадцать стран региона разработали и стали применять меры по выполнению данных рекомендаций, в результате чего в этих странах невозможно приобрести антибиотики без рецепта (либо такие случаи составляют менее 1% от всех продаж антибиотиков). Однако в восьми странах от 1 до 10 процентов антибиотиков продаются

без рецепта, а в Греции этот показатель превышает 15% (Wernli et al., 2011). Часто прочность цепи эффективного многоуровневого стратегического управления определяется прочностью ее самого слабого звена. Государства все чаще обращаются к многосторонним организациям за помощью в координации ответных мер политики, но без полноценной иерархической системы контроля для реализации политики в пределах страны многостороннее стратегическое руководство часто дает сбой. Например, в случае устойчивости к противомикробным препаратам в Европе, если в какой-то одной стране или местности не реализуются стратегии или отсутствуют механизмы эпиднадзора, это ставит под угрозу успех политики во всем регионе.

Одним из лучших примеров расширения разумного многоуровневого иерархического регулирования является **Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака** (ВОЗ, 2003), особенно если рассматривать ее вместе с антитабачными регламентами Европейского союза. Политика Европейского союза в области борьбы против табака "подчеркивает важность вертикальных схем взаимодействия и разделения полномочий и ответственности между регионами, государствами и межправительственными организациями, а также важность роли негосударственных субъектов на всех уровнях. В ней также особо подчеркивается важная роль, которую играет для выработки правильных и эффективных стратегий интеграция различных секторов, таких как здравоохранение, сельское хозяйство и международная торговля." (См. аналитический доклад G. Tomson, J. Pafs и A. Diseberg.). Регулирование табачных изделий является примером стратегического руководства через сети и вовлечение партнеров, которое целиком зависит от наличия сильного ядра регуляторных соглашений и жесткого права с иерархической нисходящей структурой. Это указывает на необходимость дополнения системы рассредоточенной власти сильной руководящей ролью государства.

#### *Мягкая сторона государства: как государства осуществляют руководство путем убеждения*

"Мягкая" сторона нисходящей структуры власти проявилась в новых формах "договорных отношений в социальном обеспечении", когда государство использует свою централизованную власть и ресурсы для стимулирования путем вознаграждения, а не санкций. Например, "государства используют налоговые стимулы, субсидируют места в яслях и внедряют схемы неполной занятости на одной должности для нескольких человек, чтобы поощрять матерей к возвращению на работу. В Мексике, Бразилии и других странах Южной Америки матерям при соблюдении ими оговоренных условий выплачиваются денежные пособия как финансовый стимул к тому, чтобы они принимали питательные добавки, отдавали детей в школу и следили за тем, чтобы дети регулярно проходили медосмотры. Родители получают деньги только в том случае, если они по-настоящему поддерживают порядок в своих собственных делах." (Bell & Hindmoor, 2009). Следующим шагом в этом континууме после вознаграждения за надлежащее поведение является руководство через убеждение, которое не ограничивается только изменением поведения людей с помощью наград и санкций, а имеет целью изменить представления людей о том, как им следует вести себя (Bell & Hindmoor, 2009). Сектор здравоохранения располагает богатым опытом руководства через убеждение и сотрудничества в этом процессе с негосударственными субъектами. Примерами этого являются программы обучения по принципу "равный-равному" в области ВИЧ и программы профилактики ВИЧ-инфекции.

Традиционные иерархические механизмы стратегического руководства становятся более гибкими и адаптивными. Регулирование осуществляется теперь не только по нисходящему вектору – расширяется влияние мягкой власти и мягкого права. Сюда входит и саморегулирование, и растущий интерес к политике "подталкивания", основанной на таких подходах к укреплению здоровья, как подход по принципу "сделать более здоровый выбор более простым". Термин "подталкивание" описывает "любой

аспект архитектуры выбора, который предсказуемым образом меняет поведение людей, не запрещая никаких вариантов выбора и не вызывая значительных изменений в их экономических стимулах" (Thaler & Sunstein, 2008). Примером этого может служить подход, когда в качестве гарнира по умолчанию подается салат, а не картофельные чипсы, или в архитектуре государственных учреждений доминирует не лифт, а лестница. Еще один прием для осуществления политики подталкивания – это "отзывы о социальных нормах", когда люди обмениваются информацией о том, как поступают в той или иной ситуации другие люди. В таблице 3 приведены и другие примеры этого, а также указывается различие между подталкиванием и регулированием.

Таблица 3. Примеры мер подталкивания и регулирования

	Подталкивание	Регулирование
Курение	Сделать отказ от курения более заметным с помощью кампаний в СМИ, цель которых – показать, что большинство людей не курят, а большинство курильщиков хотят бросить	Запретить курение в общественных местах
	Снизить количество напоминаний о курении, убрав из виду сигареты, зажигалки и пепельницы	Повысить цену сигарет
Алкоголь	Подавать напитки в бокалах и рюмках меньшего размера	Регулировать цену через пошлины или установление минимальной цены на единицу алкогольной продукции
	Сделать пониженное потребление алкоголя более заметным с помощью кампаний в СМИ, цель которых – показать, что большинство людей не пьют сверх меры	Повысить минимальный возраст для приобретения алкоголя
Рацион питания	Специально обозначить места в тележках в супермаркетах, предназначенные для фруктов и овощей	Ограничить рекламу пищевых продуктов в СМИ, нацеленную на детскую аудиторию
	Сделать гарниром по умолчанию салат вместо чипсов	Запретить промышленное производство транс-жирных кислот
Физическая активность	Сделать доминирующими и более привлекательными в архитектуре общественных зданий лестницы, а не лифты	Из года в год повышать пошлину на автомобильное топливо (цены на топливо как рычаг)
	Сделать езду на велосипеде как средство передвижения более заметной, например, благодаря системам проката велосипедов в городе	Создать вокруг школ зоны, в которых запрещено высаживание из автомобилей

*Источник:* Адаптировано из Marteau et al. (2011)

Не всех работников общественного здравоохранения можно будет убедить в ценности "подталкивания" (Bonell et al., 2011), и следует признать, что нужны дополнительные исследования, посвященные эффективности данного подхода. Однако этот подход

представляет собой важную переменную в стратегическом руководстве: с людьми обращаются не только как с идеальными экземплярами *Homo economicus*, всегда рациональными и расчетливыми. Вместо того, чтобы использовать стимулы, направленные на кошелек человека, политика подталкивания воздействует на людей "в условиях их повседневной жизни, где они учатся, работают, играют и любят" (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986), незаметно влияя на нормы жизни и предлагая психосоциальные стимулы, способные спровоцировать более здоровое поведение или подтолкнуть к отказу от нездоровых привычек.

#### 5.2.4 Руководство через независимые организации и экспертные органы

Как уже говорилось выше, после 1945 г. возникло много новых подходов к демократии. Описанная Keane (2009) "мониторная демократия" отличается от предыдущих форм представительной или совещательной демократии тем, каким образом "все сферы общественной и политической жизни начинают тщательно исследоваться и контролироваться не только стандартными механизмами представительной демократии, но и массой не связанных с партией и парламентом и часто никем не избранных органов, функционирующих в пределах территориальных государств, под ними и за их пределами". Все эти многочисленные новые контролирующие власть институты различаются настолько широко, что их сложно представить как некое общее явление.

"Мониторные механизмы – это не просто механизмы предоставления информации. Они функционируют по-разному, на разных фронтах. Некоторые контролируют действия власти главным образом на уровне участия граждан в деятельности государственных органов или органов гражданского общества, другие механизмы занимаются мониторингом и оспариванием того, что называется темпами достижения целей политики, а третьи сосредоточились на контроле за результатами политики, полученными государственными или негосударственными организациями. Некоторые из новоизобретенных механизмов могут одновременно действовать по всем трем направлениям. Мониторные механизмы также могут иметь разные размеры и работать в разных пространственных масштабах (Таблица 4), от организаций "по соседству", действующих сугубо на местном уровне, до глобальных сетей, предназначенных для слежения за теми, чья власть простирается на большие расстояния." (Keane, 2009).

**Собрания граждан:** Когда власти провинций Британская Колумбия и Онтарио объявили, что будут созывать собрания граждан для обсуждения вопросов избирательной реформы и демократического обновления, они тем самым ввели в политический процесс новый механизм принятия решений, который позволил вовлечь в него больше женщин и трансформировать политику в процесс. Десятки тысяч граждан в обеих провинциях узнали, что их произвольным образом отобрали из списков избирателей и они могут выдвинуть свою кандидатуру для выбора членов собраний граждан путем жеребьевки. На отборочных встречах в обеих провинциях произвольным образом были выбраны 250 человек, которые вошли в состав членов собрания. Они на протяжении многих месяцев (18 месяцев в Британской Колумбии и 9 месяцев в Онтарио) изучали вопрос об избирательной реформе, совещались и, наконец, представили коллективные рекомендации по этому вопросу, которые потом были вынесены на референдум. Хотя общественность отклонила рекомендации собраний о реформировании политической системы, в комнатах, где проходили заседания этих собраний, происходили удивительные вещи. По целому ряду актуальных вопросов, представляющих общественный интерес – от здравоохранения до изменения климата и от бедности до ухода за детьми – была дана возможность сделать так, чтобы все канадцы приложили руку к выработке решений (Nguyen, 2009).

Таблица 4. Мониторные механизмы

<p>жюри граждан совещательное бюджетирование диспуты-семинары архивы и исследовательские учреждения советы по разрешению конфликтов интересов железнодорожные суды организации по тестированию продукции потребителями демократические клубы "фестивали протестов" (изобретение Республики Корея) совещательные опросы консультации с общественностью социальные форумы блоги электронные акции гражданского неповиновения</p>	<p>консультативные советы "разговорный караоке" (местные и глобальные дискуссии, транслирующиеся в Интернете в режиме реального времени) общественные мемориалы возможности для создания профессиональных сетей условия для проведения встреч с общественностью "лок адалат" (народные суды в Индии) советы потребителей демократические кафе саммиты советы по отчетности общественные "карточки балльных оценок" (желтые карточки и белые списки) тенденция к увеличению количества неправительственных организаций, принимающих письменные уставы и имеющих элемент выборности международные уголовные суды</p>	<p>биорегиональные собрания мозговые тресты механизмы консультаций с членами местных сообществ собрания граждан Всемирная ассоциация парламентариев против коррупции судебные процессы по защите интересов общественности подача петиций в онлайновом режиме общественное пикетирование глобальные наблюдательные организации советы экспертов (такие как "Пять мудрецов" Совета экономических консультантов в Германии) глобальные социальные форумы неофициальные голосования (например, "соломенные опросы" через СМС-сообщения)</p>	<p>фокус-группы конференции по достижению консенсуса информационные, консультативные службы и службы по защите конкретных интересов конференции в формате мозгового штурма конституционные сафари (стали известными после использования этого метода разработчиками новой конституции Южно-Африканской Республики для определения передовой практики) методы гражданского неповиновения "сатьяграха" дискуссионные группы "мирные осады" независимые религиозные суды общественное планирование вебсайты для мониторинга случаев злоупотребления властью (такие как Bully OnLine – британская инициатива по противодействию травли на рабочем месте и схожим проблемам) опросы общественного мнения на самостоятельно выбранные темы</p>
--	--	---	--

Источник: Адаптировано из Keane (2009)

*Возвышение неизбранных:* В условиях такого широкого разнообразия новых демократических механизмов особое значение имеет одна подкатегория, которую Vibert (2007) называет "неизбранными". Акцент на политику на доказательной основе повлек за собой создание таких учреждений, как Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства в Соединенном Королевстве – независимый орган, занимающийся разработкой национальных методических указаний, например, в сфере лечения, применения лекарственных средств и качества медико-санитарной помощи, и аналогичная организация в Германии – Институт качества и эффективности медико-санитарной помощи. Европейский союз также создал ряд специализированных организаций на региональном уровне, призванных служить мостом между интересами ЕС, его государств-членов и, наконец, его граждан. Permanand & Vos (2010) отмечают, что с практической точки зрения широкое распространение учреждений на уровне Европейского союза можно объяснить многими причинами, главной из которых стала необходимость "отреагировать на рост спроса на информацию, консультации экспертов и координацию на уровне Сообщества, а также снизить нагрузку на Европейскую комиссию, занимающуюся поиском более рациональных и эффективных методов принятия решений." Государства-члены поддерживают эти многоуровневые экспертные организации, во-первых, потому, что они облегчают коллективные действия и улучшают стратегическое руководство без дальнейшего усиления Европейской комиссии, а во-вторых, потому, что "учреждения Европейского союза являются обычно сетями, работающими по принципу "ось и спицы", напрямую привлекая партнеров на национальном уровне (Permanand & Vos (2010). Важно также отметить, что некоторые из этих неизбранных экспертных органов применяют тщательно продуманные подходы к выяснению и учету мнений общественности и пациентов (например, Общественный совет при Национальном институте здравоохранения и клинического совершенства) (Dolan et al., 2003).

Когда в деятельности этих новых, весьма компетентных неизбранных субъектов принимает участие все больше информированных граждан и они удовлетворяют растущие потребности этих граждан, более традиционные выборные формы государственного управления также должны реагировать, "будучи вынужденными изменить и форму выполнения ими своей функции решения задач, и то, каким образом они выступают в качестве арены для выражения ценностей общества" (Vibert, 2007). Принимая это во внимание, государства должны содействовать новой системе распределения власти и адаптироваться к ней. В Германии общественные дебаты, посвященные будущему ядерной энергетики после аварии на атомной станции "Фукусима" в Японии, привели к созданию комиссии по вопросам этики в области безопасного энергоснабжения (Ethikkommission für eine sichere Energieversorgung), которую возглавил бывший глава Программы ООН по окружающей среде (Grefe & Schnabel, 2011). На основании итогов работы этой комиссии правительство страны приняло решение отказаться от дальнейшего развития ядерной энергетики. Аналогичным образом, в 2007 г. Верховный суд Англии и Уэльса постановил, что проводимые правительством консультации о будущем сочетании источников энергии в Соединенном Королевстве "вводили в заблуждение", и потребовал пересмотреть свои рекомендации. Устоявшиеся способы принятия противоречивых решений все чаще ставятся под сомнение.

В Европейском союзе такие регулирующие органы, как Европейское агентство лекарственных средств и Европейское управление безопасности пищевых продуктов, выполняют важную функцию восполнения серьезных пробелов между регулированием на региональном уровне и реализацией норм и правил государствами-членами (Mossialos et al., 2010).

"Многие агентства [Европейского союза] представляют собой оформление в единую структуру того, что раньше было группой слабо связанных между собой комитетов. Такая структура единого комитета может функционировать независимо и от

Европейской комиссии, и от государств-членов, хотя это и не означает, что основные комитеты не подвергаются давлению с обеих этих сторон или что их решения никогда не были отражением этого давления – факт, который в свою очередь повышает доверие к ней." Таким образом, принцип действия через создание агентств представляет собой новую форму стратегического руководства в Европейском союзе, которая является отходом от "устоявшегося, нисходящего по своей сути и основанного правилах "метода сообщества" и нацелена на укрепление доверия к процессу принятия научных решений в Европейском союзе и деполитизацию таких процессов, как, например, оценка риска в сфере охраны здоровья (Mossialos et al., 2010).

"Неизбранные" также проникают и в стратегическое руководство в интересах здоровья в странах Европейского региона с низким уровнем доходов. Например, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией – многостороннее донорское учреждение, в которое входит целый ряд заинтересованных сторон – посредством своего "странового координационного механизма" создал форумы для заинтересованных сторон в Болгарии, Румынии и Таджикистане. В задачу этих форумов входит распоряжение инвестициями Глобального фонда в этих странах по аналогии с советом директоров самого Фонда, в который входят представители доноров и государств-получателей помощи, неправительственных организаций, частного сектора (включая компании и фонды) и местных сообществ, нуждающихся в помощи.

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией создал **страновой координационный механизм**, чьей задачей является выработка "надзорного плана" для контроля за осуществлением мероприятий и использованием ресурсов в соответствии с соглашением о предоставлении гранта. Надзор является важнейшим элементом обеспечения подотчетности в процессе реализации гранта. Однако дело это очень сложное, и хотя есть несколько таких механизмов, которые смогли организовать процессы и системы, считающиеся примерами передовой практики надзора, многие другие все еще пытаются преодолеть трудности, связанные с осуществлением своей надзорной функции.

### ***5.2.5 Стратегическое руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения***

"Чаше всего страдания человека вызваны нашим собственным невежеством, а не изначальной организацией мира природы. Наука и техника – это лестницы, которые позволяют нам либо подняться выше и так выйти из этого состояния, либо опуститься еще ниже. На уровне общества мы выражаем наш выбор через руководство. Но состояние руководства по умолчанию таково, что по большей части оно близоруко и фрагментарно." (Fuerth, 2009).

#### ***Как "теория сложности" может улучшить стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия***

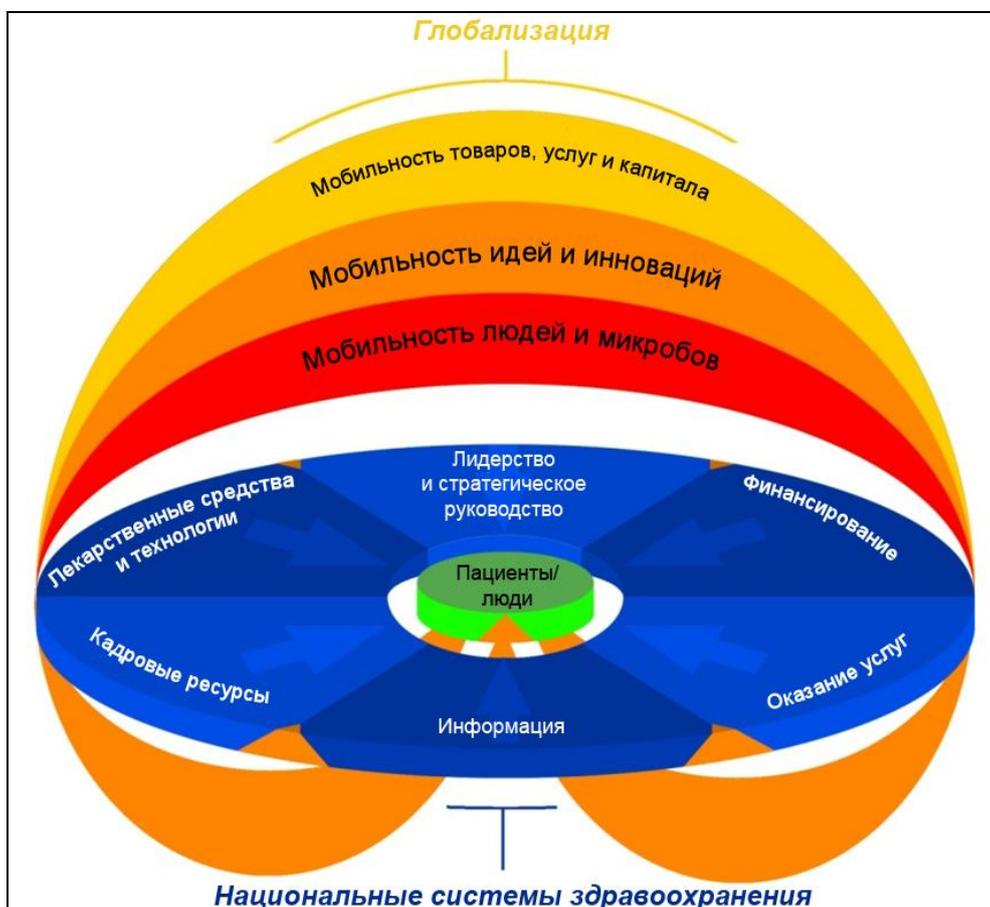
Решение "каверзных проблем" требует высокого уровня системного мышления. Наверное, самый важный урок, который преподало нам первое десятилетие XXI века, заключается в том, что неожиданности, нестабильность и экстраординарные изменения останутся постоянными особенностями нашей жизни (Swanson et al., 2009). Из этого следует, что результаты исследований и теории "науки о сложности" все чаще считаются актуальными для государственной политики, и не только в сфере охраны окружающей среды, где они применялись чаще всего (OECD, 2009). Для проведения анализа, для попыток улучшить здоровье и благополучие населения и для предупреждения кризисов в будущем очень важно применять многопрофильный системный подход.

**Системные подходы** требуют понимания системы как единого целого, взаимодействий между ее элементами и возможностей для вмешательства. В случае сложных систем "понимание системы как единого целого" может включать в себя признание степени незнания и ограниченности понимания значения нелинейных зависимостей внутри системы. Например, особую ценность системный подход имеет в сфере обеспечения безопасности детей как участников дорожного движения, "поскольку он отходит от возложения на детей бремени адаптации своего поведения к требованиям безопасности дорожного движения, а признает вместо этого, что при проектировании всей транспортной системы и управлении ею должна быть удовлетворена потребность детей в безопасной мобильности" (WHO & UNICEF, 2008).

Каждый год в результате дорожно-транспортных происшествий погибает более 260000 детей и еще около 10 миллионов детей получают травмы без летального исхода (WHO & UNICEF, 2008). Предотвращение детского травматизма требует понимания системы и того, как взаимодействуют между собой ее элементы. Для осуществления эффективных вмешательств нужен целый комплекс стратегий, охватывающих множество сфер – от дорожного и гражданского строительства и городского планирования, как, например, снижение и обеспечение соблюдения максимально разрешенной скорости движения и постройка отдельной инфраструктуры (создание в Малайзии отдельных полос движения, предназначенных только для мотоциклов, позволило снизить количество аварий на 27%), до конструкции транспортных средств и устройств обеспечения безопасности, фар транспортных средств для светлого времени суток, доступности велосипедных шлемов, законодательных мер и введения стандартов, а также повышения качества образования и развития навыков у детей, родителей и всего общества. Такие системные меры могут усиливаться применением методов руководства по принципу опережения событий и предвидения (подробнее об этом будет говориться далее), что позволит лицам, вырабатывающим политику, оценить, будут ли предложенные меры политики адекватными в будущих сценариях развития событий, в частности, связанных с демографическими изменениями и дальнейшей урбанизацией.

G. Tomson, J. Pafs и A. Diseberg (см. аналитический доклад) продемонстрировали применение "теории сложности" для анализа новых нелинейных (непредсказуемых) многоуровневых характеристик систем здравоохранения. Они предположили, что здравоохранение также можно рассматривать сквозь призму сложных адаптивных систем. Эта сложность проиллюстрирована на рис. 14.

Рис. 14 Сложная экология национальных систем здравоохранения



Источник: Tomson (2010).

Сложные адаптивные системы характеризуются нелинейными, самоорганизующимися отношениями между субъектами, что создает неопределенность и непредвиденные последствия или "внезапно возникающие свойства" или поведение: иными словами, целое больше, чем сумма его составляющих. Например, специалисты по городскому планированию понимают, что "характеристики квартала отличаются от характеристик отдельных элементов домов, улиц, парков и магазинов и не являются просто их суммой. То, что способствует или мешает нормальному функционированию квартала, является не результатом действия его составляющих, а, скорее, результатом сложного взаимодействия индивидуальных элементов." (Glouberman et al., 2003). Это же можно сказать и о здоровье человека: здоровье – это не просто функция биологических характеристик человека. Соответственно, крайне необходимы исследования, посвященные взаимосвязям (слабым связям) и взаимозависимости (сильным связям) внутри системы и тому, как маломасштабные вмешательства могут влиять на систему в целом.

"Теория сложности" говорит о том, что каверзные проблемы не имеют простых причин или простых решений, и вмешательства в одной сфере могут иметь непредвиденные негативные последствия в другой. Были разработаны стратегии осуществления государственной политики, основанные на теории сложности (Glouberman et al., 2003; Swanson et al., 2009), которые указывают на то, что на сложные адаптивные системы нужно воздействовать с помощью стратегий, которые зеркально отражают характеристики сложности. Процесс принятия решений должен быть децентрализован, и должна иметься возможность создания самоорганизующихся или социальных сетей,

позволяющих заинтересованным сторонам быстро и по-новому реагировать на непредвиденные события. Вмешательства должны носить повторяющийся характер и объединять в себе непрерывную учебу, собирание знаний и обмен ими, а также предусматривать механизмы автоматической корректировки политики или инициирования дискуссий. Вмешательства должны способствовать широкому разнообразию стратегий, поскольку многие вмешательства в меньших масштабах для решения одной и той же проблемы могут повысить вероятность нахождения подходящего решения (или решений) по сравнению с одним, спускаемым сверху, "рационально спланированным" подходом. Это особенно важно иметь в виду в условиях, когда стратегическое руководство в интересах здоровья все больше смещается в сторону подходов на основе сотрудничества, участия всего общества и общегосударственного подхода. Было бы ошибочным истолковывать эти подходы как возврат к спускаемым сверху крупномасштабным инициативам. Сохранение и укрепление способности системы к восстановлению нормального функционирования должно стать одной из неотъемлемых характеристик разумного стратегического руководства в интересах здоровья. Способность к восстановлению нормального функционирования часто неверно воспринимается лишь как способность максимально быстро оправиться после системных потрясений. Однако во многих случаях это невозможно и нежелательно. Способность к восстановлению нормального функционирования не подразумевает сохранения существующей системы, а означает адаптивную способность системы эволюционировать вместе с проблемами –приспосабливаться к тяжелым обстоятельствам – таким образом, чтобы это вызывало как можно меньше нарушений.

Swanson et al. (2009) предлагают всеобъемлющую рамочную основу для выработки подобных адаптивных стратегий, состоящую из семи элементов, которые призваны помочь лицам, вырабатывающим политику, создавать в мире, полном неопределенностей, более "ударопрочные" стратегии (рис. 15).

Рис. 15. Выработка адаптивной политики



Источник: Swanson et al. (2009)

Итак, зеркальное отражение сложности означает содействие выработке целостных стратегий, которые позволяют самоорганизацию и создание социальных сетей в сообществах, разрабатывающих и реализующих государственную политику и пользующихся ее плодами, децентрализуют процесс принятия решений до низшего эффективного и подотчетного уровня стратегического руководства (либо уже существующего, либо вновь созданного), стимулируют вариантность и разнообразие в мерах реагирования на общие проблемы, узаконивают непрерывное обучение и формальный пересмотр политики и интегрируют автоматическую корректировку политики посредством определения "указателей" и "пусковых механизмов" для изменений в политике или для проведения новых дискуссий по вопросам обновления или адаптации политики. Было показано, что каждый из этих методов помогает местным общинам и заинтересованным сторонам лучше реагировать на непредвиденные события, повышать способность стратегий к достижению успеха в непредвиденных ситуациях и более грамотно и оперативно управлять рисками перед лицом непредвиденных условий (Swanson et al., 2009). При этом чрезвычайно важно проводить интегрированные и обращенные в будущее анализ и обсуждения с участием всех заинтересованных сторон.

*Как осуществлять стратегическое руководство по принципу опережения событий: интегрированный анализ, обращенный в будущее*

"Выявив ключевые факторы, влияющие на результаты политики, а также определив сценарии, по которым эти факторы могут эволюционировать в будущем, можно сделать политику устойчивой к воздействию целого ряда ожидаемых условий и выработать показатели, с помощью которых при необходимости можно будет инициировать внесение в политику важных поправок." (Swanson et al., 2009).

Swanson et al. (2009) описывают важность предвидения и так называемого "стратегического руководства по принципу опережения событий". Предвидением называется "основанная на чувствительности к слабым сигналам способность предугадать альтернативные варианты будущего и умение наглядно представить их последствия в виде множества возможных исходов." Для стратегического руководства по принципу опережения событий предвидение требуется в процессах разработки и реализации политики (Fuerth, 2009). Интегрированный анализ, обращенный в будущее, должен привести к тому, что стратегии и лица, их вырабатывающие, смогут лучше "ощущать и осуществлять изменения на пороге важных событий, чтобы как можно больше ослабить угрозы и максимально использовать имеющиеся возможности" (Fuerth, 2009). В отличие от прогнозирования с его крайне детерминистским взглядом на перспективу одного высоковероятного исхода или особой траектории развития событий, стратегическое руководство по принципу опережения событий направлено на повсеместное укрепление потенциала заинтересованных сторон так, чтобы они могли представить себе множество возможных сценариев будущего, включая и сценарий неведения – "незнания о том, что они чего-то не знают", или "черных лебедей" (важных, но случайных события) – и, не колеблясь, преодолевать неопределенность. Стратегическое руководство по принципу опережения событий знаменует собой переход от "рисков" к преодолению более фундаментальных вызовов, таких как неведение при осмыслении и принятии ответных мер в отношении возможного пути (или путей) развития будущих инноваций и того, как мы, общество, будем жить, трудиться, любить и относиться друг к другу.

Fuerth (2009) концептуально представил стратегическое руководство по принципу опережения событий как "систему систем", состоящую из системы предвидения, сетевой системы для интеграции предвидения в процессы политики, системы обратной связи для оценки эффективности деятельности и управления "институциональными" знаниями и открытой для новых идей институциональной культуры. Интегрированный анализ-предвидение можно считать дополнением к инициативам по институционализации оценок воздействия на здоровье и к анализу сквозь призму охраны здоровья. (Дополнительную информацию о стратегическом руководстве по принципу опережения событий и предвидения с участием всех заинтересованных сторон см. в аналитическом докладе V. Ozdemir и В.М. Knoppers.)

Сценарии – это мощные инструменты иллюстрации возможных в будущем сложных проблем, затрагивающих широкий круг заинтересованных сторон. Сценарии могут создаваться усилиями не только экспертов, но и главных действующих субъектов, которым предлагается выявлять основные тенденции, факторы или мотивы к переменам и вместе искать возможные решения. "Сценарий развития здравоохранения в мире" может во многом облегчить задачи нового стратегического руководства в интересах здоровья. Он может не только способствовать достижению согласия в отношении формулировки проблемы и схемы возможных его решений, но и продемонстрировать имеющиеся варианты выбора и решений для возвращения мира к нормальному состоянию при наиболее благоприятном сценарии. Сценарий может показать, что сохранение статус-кво невозможно, предложить варианты и решения лицам, принимающим решения, и возложить на них ответственность (в положительном смысле

этого слова) за результаты, которые будут видны, когда эти люди уже не будут занимать свои нынешние должности). (См. аналитический доклад О. Raynaud.)

Стратегическое руководство по принципу опережения событий в интересах здоровья может основываться на новых методах прогнозирования в сфере охраны здоровья. Reither et al. (2011) настаивают на необходимости перехода от двухмерной к трехмерной модели прогнозирования в области охраны здоровья. Большинство долгосрочных прогнозов в этой области основаны на линейной экстраполяции по возрасту данных, тогда как трехмерные модели включают также и накопленный опыт пережитых состояний здоровья и нездоровья ныне живущих людей, что более точно отражает актуальные вызовы в отношении здоровья и тем самым создает более прочную основу для принятия решений.

## 6. Новое стратегическое руководство в интересах здоровья

В предыдущих разделах мы рассмотрели эволюцию стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке вместе с эволюцией наших представлений о здоровье, демократии и роли государства и общества. Мы изложили аргументы в пользу нового, расширенного подхода к надлежащему стратегическому руководству, основанного на ценностях, связанных со здоровьем и благополучием. Затем мы представили основные характеристики разумного стратегического руководства в интересах здоровья – результата совместной деятельности государства и различных секторов общества, в которую вовлечены новые действующие субъекты и методы контроля за властью и осуществлением полномочий в целях повышения способности восстанавливать нормальное функционирование и адаптироваться к новым условиям.

Стратегическое руководство в интересах здоровья является отражением того, как мы строим жизнь в нашем обществе в XXI веке. Государству необходимо менять свои традиционные подходы. Очевидно, что охрана здоровья требует принятия мер на общегосударственном уровне и со стороны министров и министерств здравоохранения. Также признается, что партнерства и участие заинтересованных сторон являются важными механизмами нового стратегического руководства – это выражено в подходе на основе участия всего общества. Ярким примером мышления такого типа являются разделы 11 и 12 Московской декларации, принятой на Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям:

11. Эффективная профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними требуют лидерства и согласованных действий "всего правительства" на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

12. Эффективная профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними требуют активного и информированного участия и лидерства со стороны отдельных лиц, семей и местных сообществ, организаций гражданского общества, частного сектора, если это необходимо, работодателей, медицинских работников и международного сообщества.

Мы обсудили все многочисленные причины, по которым необходимо изменить подход к стратегическому руководству в целях укрепления и охраны здоровья и благополучия населения в XXI веке. Для того, чтобы предложить новые роли для министров и министерств здравоохранения, мы изучили роли государства и общества в совместном осуществлении стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке.

Мы сопоставили события, происходящие в области здравоохранения, с анализом общих тенденций "нового стратегического руководства", и наше мнение совпадает с выводами наиболее полного на сегодняшний день обзора литературы, посвященной теме стратегического руководства (Hill & Lynn, 2005), о том, что, хотя важность деятельности государства, связанной с рынком и наличием всевозможных сетей, и возросла, роль государства остается главенствующей, как и раньше. В сфере здравоохранения государство продолжает играть фундаментальную роль; меняющийся характер здравоохранения обуславливает очевидное, хотя иногда и оспариваемое расширение механизмов регулирования на новые области политики в различных секторах.

Мы согласны с утверждением о том, что сегодня государство изучает новые подходы к "мета-руководству", охватывающему целый ряд функций государственного управления, которые касаются "поддержки системы руководства и включают надзор за системой руководства, управление ею и координацию ее функционирования; выбор и поддержку ключевых участников в структуре руководства; мобилизацию ресурсов; обеспечение такого положения, при котором более широкие системы руководства действуют справедливо и оперативно; принятие главной ответственности за обеспечение демократии и подотчетности" (Bell & Hindmoor, 2009). Число новых механизмов стратегического руководства в интересах здоровья и подходов к его осуществлению растет в геометрической прогрессии на всех уровнях, и в эти механизмы вовлекается все больше различных действующих субъектов. В сфере здравоохранения наблюдается явная тенденция к новым формам сотрудничества и мониторинга демократии и к увеличению числа уровней ответственности за воздействие на здоровье населения.

Мы согласны с другими в том, что охрана здоровья не может больше считаться сугубо отраслевой задачей, ответственным за выполнение которой является одно единственное министерство. Здоровье является результатом деятельности сложных адаптивных систем, которые зависят, в первую очередь, от социальных и политических детерминант здоровья. Такая концепция требует изменений во всем обществе и во всей структуре государственного управления в трех основных аспектах: (1) главы государств должны признавать, что здоровье является одним из приоритетов объединенного руководства; (2) во всех секторах и на всех уровнях государственного управления, а также в обществе в целом должно признаваться, что здоровье является одновременно и средством достижения их собственных целей, и предметом ответственности перед всем обществом, и (3) сектор здравоохранения должен признать, что для охраны здоровья требуется усилить лидерство и расширить охват своей деятельности. Стратегическое руководство в интересах здоровья требует общегосударственного подхода и подхода на основе участия всего общества, а также определения нового положения и новых ролей для министров и министерств здравоохранения. Начинают вырисовываться новые, переходные формы лидерства.

## **6.1 Новая роль сектора здравоохранения**

Мы согласны с тем, что роль систем государственного управления и государственных ведомств в охране здоровья далеко не утратила своей важности, и противопоставлять руководство отношениями, в центре которых стоит государство, руководству отношениями, в центре которых находится общество, не совсем правильно: это действительно отдельные подходы, но в большинстве случаев они сосуществуют. Хорошо информированные министерства, способные качественно выполнять свою работу, остаются крайне важными элементами независимо от того, имеет их деятельность иерархическую структуру или рассчитана на более подвижные системы коммуникации и сотрудничества. Однако они должны измениться. В условиях череды трансформаций, которые претерпело общество за последние 35 лет, многие государственные органы, включая министерства здравоохранения, похоже, не спешат адаптироваться к этим переменам. Слишком много национальных правительств и ведомств в этих правительствах продолжают следовать принципу "работаем как ни в чем не бывало" и

"берут на себя роль кочегаров на электричках" (Willke, 2007). Вместо этого, как полагают такие авторы, как Pasquet (OECD, 2001), государство должно начать играть новую роль и принимать участие в решении задач в качестве брокера, катализатора, вдохновителя, учителя и партнера, причем в этих процессах должно быть намного больше участников, они должны стать более "ровными", без каких-либо препятствий. Это также касается министерств здравоохранения и связанных с ними ведомств. В частности, важнейшее значение приобрело взаимодействие с гражданами, в результате чего снова становятся актуальными концепции делегирования инициативы низшим органам власти и действий в интересах здоровья на местном уровне и усиливается роль промежуточных учреждений, которые способствуют широкому участию в дебатах по актуальным вопросам.

Министры здравоохранения, постоянные секретари, государственные секретари и другие чиновники подобного ранга играют важную роль в надлежащем стратегическом руководстве в интересах здоровья, возглавляя процесс трансформации в системе государственного управления. Они:

- создают в пределах своей сферы влияния такую среду, которая посылает сигнал о том, что они желают видеть подходы, затрагивающие деятельность всех ведомств, и отойти от территориальной привязки;
- представляют в правительстве интересы охраны здоровья и инициируют межведомственное сотрудничество с поддержкой на министерском уровне;
- используют свои полномочия для обращения к другим действующим субъектам с предложениями о совместных инициативах и создают рамочную основу для принятия решений на микроуровне через политику "подталкивания", ориентированную и на общество, и на правительство; и
- используя стратегию гражданского общества, стремятся вести диалог с гражданами и инициативными группами на уровне местных общин, чтобы лучше понимать интересы и вклад людей.

Высокопоставленные государственные служащие, работающие в министерствах здравоохранения, и руководители организаций здравоохранения должны укреплять организационно-кадровый потенциал своих организаций для осуществления разумного стратегического руководства в интересах здоровья и:

- принять расширенное понимание здравоохранения, которое позволяет им видеть проблемы, как выходящие за рамки сектора здравоохранения, так и существующие внутри сектора, отойти от линейного мышления и согласиться с непредсказуемостью и неопределенностью сложности, и которое требует, чтобы в стратегиях и деятельности учреждений в сфере здравоохранения отражались разумное применение предвидения, обсуждение с участием всех заинтересованных сторон, поощрение вариантности, наличие самоорганизующихся сетей, децентрализация процесса принятия решений и непрерывная учеба и анализ в целях управления рисками и создания более долговременных стратегий;
- выделить ресурсы и, что еще важнее, время для установления доверительных взаимоотношений и понимания между секторами; вместе с партнерами в других министерствах, частном секторе и местных общинах определить взаимозависимые задачи и взять на себя роль сетевого администратора, обладающего всеми необходимыми навыками и умениями и проявляющего уважение к партнерам по сети;
- поддерживать диалог на национальном, региональном и глобальном уровне по вопросам ценностей и целей общества, неотъемлемой составляющей которых должно быть здоровье и благополучие, и для этого способствовать формированию у всех отношения к повестке дня в области охраны здоровья как к своему кровному делу и признавать, что министерство здравоохранения не во всех случаях будет выступать в роли лидера.

Важно отметить различие между полномочиями на ведение политической деятельности, сосредоточенными в руках министров, и полномочиями на выработку политики, которые даны министерствам, ведомствам и экспертам, к помощи которых они прибегают. Мы доказывали, что наибольшую важность имеет политическая деятельность в интересах здоровья и часто именно политическая деятельность имеет наибольшее влияние на надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и на все четыре его аспекта: права человека, благополучие людей, глобальные общественные блага и социальная справедливость. Министры должны признавать лежащую на них ответственность за воздействие на политические детерминанты здоровья за пределами государственной политики. К новым, действующим на упреждение типам стратегического руководства в интересах здоровья должны подключаться парламентарии. Например, в рекомендациях Московской декларации, принятой на Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (ВОЗ, 2011), указываются обязанности, возложенные на общегосударственный уровень и на уровень министерств здравоохранения, и проводятся различия между ними.

Новые обязанности министерств здравоохранения, связанные с поддержкой принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях, были сформулированы в Аделаидском заявлении (ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия, 2010) следующим образом:

- Понимание политической повестки дня и административных императивов других секторов, укрепление организационно-кадрового потенциала для осуществления межсекторальных подходов и взаимодействие с другими секторами государственного управления для достижения их целей, при этом продвигая интересы здоровья и благополучия населения. Это необходимо для успеха совместного стратегического управления, требующего установления доверия между секторами и правильной формулировки взаимозависимых задач и вызовов в сфере политики и их решений.
- Подготовка базы знаний и фактических данных для вариантов политики и стратегий: необходимо расширить сбор информации и фактических данных и обмен ими. Сектор здравоохранения должен подавать пример большей прозрачности, предоставляя информацию о распределении и использовании ресурсов, выделяя успешно работающие и проблемные учреждения и обмениваясь, помимо всех прочих данных, результатами эпидемиологических исследований для изучения существующих тенденций. Такой подход служит своего рода отправной точкой для межсекторального анализа проблем здравоохранения.
- При разработке политики сравнивать последствия для здоровья, которые могут иметь те или иные варианты политики. Это необходимо делать посредством интегрированного, устремленного в будущее анализа, такого как прогнозирование и руководство по принципу опережения событий, оценка воздействия на здоровье и анализ сквозь призму здравоохранения.
- Создание постоянных платформ для диалога и решения проблем совместно с другими секторами. Очень важно учитывать самые разные точки зрения и вовлекать в обсуждение всех аспектов разумного стратегического руководства в интересах здоровья все заинтересованные стороны.
- Оценка эффективности работы на межсекторальном уровне и интегрированной выработки политики. Интегрированный анализ и непрерывная учеба позволяют сделать стратегии более адаптивными и решать проблемы прежде, чем они перерастут в кризис.
- Укрепление потенциала с помощью более эффективных механизмов, ресурсов, административной поддержки и квалифицированных и преданных своему делу кадров.

Полномочия, позволяющие инициировать разумное стратегическое руководство в интересах здоровья, сосредоточены главным образом в руках министерств. Министерства и организации здравоохранения должны взять на себя новую роль "мета-руководителей взаимоотношениями", отвечающих за укрепление доверия и управление сетями путем улучшения коммуникации в целях сотрудничества. Для укрепления стратегического руководства в интересах здоровья сектору здравоохранения нужно учиться работать в партнерстве с другими секторами, совместно исследовать возможности инноваций в политике, новых механизмов и инструментов и улучшать нормативно-правовую базу.

Для этого нужно, чтобы сектор здравоохранения был ориентирован на внешние связи, открыт для взаимодействия с другими и обладал необходимыми знаниями, навыками и полномочиями для осуществления системного подхода к охране здоровья и к приоритетам министерств-партнеров. Это означает также и улучшение координации и поддержки сторонников этого подхода внутри сектора здравоохранения.

## 6.2 Политическое участие и лидерство

Любые изменения требуют лидера как в сфере государственного управления и в организациях, так и на уровне гражданского общества. Лидерство может проявляться на высшем уровне организации, а может возникать и "снизу", когда планы формируются в гражданском обществе и через СМИ. В сфере здравоохранения под термином "политическая воля" часто понимается способность осуществлять перемены. Этот термин объединяет много аспектов: политическая воля требует наличия достаточной совокупности политических субъектов, одинаково понимающих суть проблемы, стоящей на повестке дня государственной политики, и действительно желающих поддержать определенное политическое решение, которое всеми признается потенциально эффективным (Post et al., 2010). Сформировать политическую волю бывает непросто – обычно для этого требуется определенное время, и на этот процесс влияют такие факторы внешнего контекста, как поддержка средствами массовой информации и положительное отношение к вопросу со стороны общества. Kingdon (1995) называет три потока в процессе формирования повестки дня, которые должны соединиться, чтобы можно было осуществить изменения в области политики: проблема, политическая деятельность и стратегии.

Лидеров можно назвать предпринимателями от политики: они способствуют пониманию проблемы, формулируют ее и выступают в качестве ведущих в процессе ее решения. Сегодня лидеры – это не обязательно отдельные лица; это могут быть организации или движения, которые оказывают давление на политиков и лиц, вырабатывающих политику. В сфере охраны здоровья существует немало примеров подобного лидерства, например, через общественные движения, такие как движения за здоровье женщин или по борьбе с ВИЧ и СПИДом. Новые направления для лидерства открывают технологии. По мере возникновения новых форм участия лидерство приобретает все более консультативный и демократичный характер. Мониторная демократия также во многом зависит от здравых этических взглядов и прозрачности в отношении конфликтов интересов со стороны лидеров.

В своем анализе, посвященном лидерству, Нье (2008) подчеркивает, что в XXI веке представление о лидерстве меняется. Он применяет к лидерству свою концепцию "мягкой" и "жесткой" власти, рассматривая эффективное лидерство как удачную комбинацию этих двух видов власти, которую он называет "разумной властью". Сегодня лидеры – это те, чьи действия позволяют осуществить что-либо: они помогают группе субъектов сформулировать общие задачи и выполнить их. Это важный атрибут стратегического руководства с участием широкого круга заинтересованных сторон, поскольку одним из наиболее ценных навыков лидера считается способность расширить значение слова "мы", чтобы создать тем самым общую цель. Этот принцип лидерства в полной мере отражен в концепции расширения прав и возможностей в отношении

укрепления здоровья: она означает предоставление людям возможности улучшать свое здоровье и воздействовать на его детерминанты. Подобное лидерство называется "трансформационным", и способность изменить что-либо основывается в нем на задачах, которые служат высшей цели – в нашем случае это улучшение здоровья и благополучия населения как цель всего общества. Такой тип лидерства можно сопоставить с транзакционным лидерством, в основе которого лежат личные интересы, хотя эти две концепции нельзя считать стоящими абсолютно отдельно. Porter & Kramer (2011) предложили концепцию трансформационного лидерства в сфере охраны здоровья и окружающей среды (а также и в мире бизнеса, чтобы не забыть и про личные интересы, которые необходимы для ведения бизнеса), основанную на общей ценности.

Такое новое лидерство требует целого ряда навыков. Одним из наиболее важных из них является "контекстуальный ум" (Mayo & Nohria, 2005), т.е. способность распознавать тенденции в условиях сложности адаптируемости и использовать эти тенденции для достижения поставленных целей. Этот навык позволяет лидеру подбирать тактику в соответствии с поставленными целями, а затем в меняющейся обстановке выработать разумные стратегии. Трансформационные лидеры умеют использовать благоприятное стечение обстоятельств, применяя для осуществления изменений комбинацию стратегий жесткой и мягкой власти. В сфере здравоохранения эти навыки необходимо укреплять, поскольку в настоящее время многие технические эксперты в сфере здравоохранения и медико-санитарной помощи, а также руководители общественного здравоохранения не готовы к восприятию политического характера охраны здоровья и к крайне политизированному контексту, в котором принимаются решения относительно здравоохранения. Нехватка знаний политических процессов и недостаток политической культуры – это одно из слабых мест министерств здравоохранения и многих организаций, действующих в сфере здравоохранения, и именно поэтому министры и постоянные секретари, обладающие политической дальновидностью, столь необходимы для продвижения стратегического руководства в интересах здоровья.

### **6.3 Выводы и рекомендации относительно новой европейской политики здравоохранения - Здоровье-2020**

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья осуществляется сейчас во всей Европе, хотя проведенные ВОЗ исследования говорят о том, что его распространение в Регионе осуществляется неравномерно. Политика Здоровье-2020 сможет внести существенный вклад в развитие нового образа мышления, необходимого для прогресса в стратегическом руководстве в интересах здоровья, если будут приняты следующие восемь рекомендаций:

#### **(1) Определение места здравоохранения в обществе**

В первую очередь необходимо, чтобы охрана здоровья и благополучия населения стала целью и задачей для всей системы государственного управления и для всего общества.

Как уже отмечалось в других дискурсах, посвященных теме измерения социального прогресса не только в терминах валового внутреннего продукта (Stiglitz et al., 2010), хорошее здоровье – это общая цель всего общества, неотъемлемая составляющая благополучия человека, экономического и социального развития и охраны окружающей среды. Это одна из основных составляющих устойчивого развития и надлежащего стратегического руководства. Хотя обязательства в отношении охраны здоровья включены в современные конституции ряда стран, эти обязательства должны по-новому реализовываться на практике таким образом, чтобы стратегическое руководство в интересах здоровья основывалось на правах человека: иными словами, охрана здоровья – это неотъемлемая обязанность всех. Стратегическое руководство в интересах здоровья является обязанностью высших государственных лиц и органов, и необходимо определить четкие задачи относительно инвестиций в эту сферу для различных секторов

политики и общества. Это обязательное условие для эффективного воздействия на детерминанты здоровья.

Из этого следует, что политика Здоровье-2020 должна предусматривать вовлечение в охрану здоровья партнеров далеко за пределами сектора здравоохранения таким образом, чтобы они "рассматривали проблемы сквозь призму охраны здоровья", и выход на сотрудничество в решении этой задачи с главами правительств, парламентариями, руководителями предприятий, мэрами городов и гражданами европейских государств. Усилить такую стратегию могло бы создание инновационной платформы в рамках политики Здоровье-2020.

## **(2) Политика должна строиться на базе новой системы показателей**

Для повышения эффективности стратегического руководства вся система государственного управления и все общество должны ближе познакомиться со сложной динамикой здоровья и его детерминантами.

Все действующие субъекты должны осознать, насколько важно крепкое здоровье для повышения качества жизни, производительности труда рабочей силы и способности к обучению, для укрепления семьи и местных общин, для поддержки устойчивой среды обитания и окружающей среды, а также для обеспечения безопасности, снижения бедности и вовлечения всех групп в жизнь общества. Также необходимо признать и степень зависимости хорошего здоровья от целого ряда социальных детерминант, неравенств и градиентов. Стратегическое руководство в интересах здоровья тесно связано с управлением рисками, обусловленными глобализацией и модернизацией. Для этого необходимо вооружить действующих субъектов навыками и способностью распознавать такие общие для всех проблемы, как охрана здоровья, и решать их. Секторы должны вместе находить показатели для мониторинга изменений и прогресса. Постоянный анализ и пересмотр политики, даже когда она дает положительный эффект, позволит государствам улучшить свою способность к восстановлению нормального функционирования после непредвиденных перемен благодаря своевременному выявлению возникающих проблем, могущих повлиять на политику. Поэтому крайне важно, чтобы собранные данные и информация, распространяемые между партнерами, были актуальны для всех сторон процесса и доступны для общественности. Важно также расширить спектр материалов, которые считаются приемлемыми фактическими данными, включив в него точки зрения граждан, благодаря чему они смогут влиять на процесс принятия решений. Повышение общей грамотности общества в отношении здоровья должно идти рука об руку с повышением санитарной грамотности в различных секторах государственного управления.

Политика Здоровье-2020 может помочь государствам-членам найти новые меры оценки здоровья и благополучия населения на основании объективных и субъективных данных и принципов социальной справедливости и устойчивости. Для этого можно было бы подумать об использовании новых типов отчетов о состоянии здоровья населения с новыми показателями, включая и новые инструменты прогнозирования для стратегического руководства по принципу опережения событий. Политика Здоровье-2020 могла бы также дать толчок определенным систематическим работам, например, созданию центра по сбору, классификации и распространению информации с целью получения надежных фактических данных о воздействии широкого ряда стратегий на здоровье и воздействии здоровья на другие стратегии.

## **(3) Официально утвержденные процессы для реализации общегосударственных подходов**

Для того, чтобы успешно решать вопросы, связанные с улучшением здоровья и благополучия населения, нужны официально утвержденные общегосударственные

структуры и процессы, которые содействовали бы решению задач на межсекторальном уровне и компенсировали неравномерности в распределении власти.

Эти процессы потребуют значительных изменений в культуре и разумно спланированного графика их осуществления. Особенности функциональной организации министерств и ведомств ограничивают их способность решать общие для всех "каверзные" проблемы. Для того, чтобы вместе выработать интегрированные решения, государственным ведомствам требуется лидерство, полномочия, стимулы, аудиты, бюджетные инструменты, пул ресурсов, устойчивые механизмы и реалистичные сроки. Системы государственного управления могут координировать процесс выработки политики с помощью стратегических планов, в которых формулируются общие задачи и предусматриваются комплексные меры реагирования и усиление вертикальной и горизонтальной подотчетности всех ведомств. Эти планы будут также предусматривать новые форматы отчетности, такие как оценка внешних эффектов деятельности на уровне секторов и последствий для здоровья на национальном и транснациональном уровне, которые подвергаются внешнему контролю со стороны широкой общественности. Одно из предложений предусматривает создание на уровне центрального правительства группы государственных служащих ("министерство последствий"), которая систематически занималась бы общими для всех секторов и для всего общества проблемами.

Политика Здоровье-2020 могла бы предложить инновационные подходы (как те, например, что были рассмотрены в данном исследовании) к деятельности на межсекторальном и межведомственном уровне, а также к бюджетированию, финансированию и мониторингу прогресса в государствах-членах. Она могла бы поддержать министерства здравоохранения и организации общественного здравоохранения в пропаганде и отстаивании необходимости того, чтобы органы государственного управления занимались решением "каверзных" проблем, применяя сочетание "жестких" и "мягких" механизмов руководства – от законодательства до убеждения и материального стимулирования, а также создавая для других секторов мотивацию к участию в охране и укреплении здоровья. Такие тактические меры включают укрепление организационно-кадрового потенциала путем проведения обучения по вопросам разумного стратегического руководства в интересах здоровья для специалистов из различных секторов при сотрудничестве со школами общественного здравоохранения, бизнес-школами и академическими заведениями в сфере государственной политики, что позволит сформировать новый профессиональный состав кадров, обладающих навыками системного мышления и исследования сложных систем.

#### **(4) Инновационные партнерства для подходов на основе участия всего общества**

Многие современные проблемы здравоохранения можно было бы решать более успешно с помощью подходов на основе участия всего общества, которые включают гражданское общество и частный сектор, а также средства массовой информации.

Вследствие того, что системы государственного управления взаимодействуют с третьими сторонами из гражданского общества и частного сектора, их изображают "пустотелыми" – иными словами, они отвечают за регулирование работы секторов, которых они больше не могут контролировать и которых они не знают. Однако, несмотря на это, благодаря взаимодействию с третьими сторонами системы государственного управления смогли укрепить свою правомерность, генерировать дополнительный социальный капитал, добиться того, что осуществляемая ими политика отражает местные нужды, и получить

доступ к таким ценным ресурсам, как знания и опыт, правомерность и контакты третьих сторон<sup>5</sup> (Bell & Hindmoor, 2009).

Политика Здоровье-2020 могла бы поддержать министерства здравоохранения и организации общественного здравоохранения в выходе на контакты и сотрудничество с другими структурами внутри системы государственного управления и за ее пределами с целью поиска и выработки общих решений. В рамках политики можно было бы также предлагать новые программы, сети и инициативы, позволяющие привлечь самые разные заинтересованные стороны и прежде всего граждан во всех странах Европы, и исследовать новые механизмы стимулирования. Заинтересованные стороны могут совместно планировать и проводить новые оценки и создавать рамочные основы подотчетности и ответственности за воздействия на здоровье, такие, например, как их вклад в "след, оставленный на здоровье Европы". Прекрасной лабораторией для подобных инноваций могла бы быть европейская сеть ВОЗ "Здоровые города".

#### **(5) Приверженность принципам "информированного гражданина" и участия граждан**

Сектор здравоохранения должен безоговорочно поддерживать принцип самого широкого участия граждан, который заложен в природе разумного стратегического руководства в интересах здоровья.

В условиях мониторинговой демократии политики и некоторые государственные органы уступают часть своей власти новым действующим субъектам, которые обладают лучшей и более прозрачной информацией о желаниях и потребностях людей. Новые потребительские технологии позволяют людям напрямую получать и искать информацию, обмениваться ею с другими людьми, а также требовать доступа к информации. Это становится еще более актуальным сейчас, когда многие сложные вопросы в области здоровья, связанные с образом жизни, уже нельзя однозначно отнести к общественному или частному поведению. Все более образованные граждане рассчитывают на более активное участие в решении проблем, и государство должно предложить им ясную программу участия с указанием роли граждан и пациентов и того влияния, которое они смогут оказывать. Обеспечение участия следует рассматривать как один из основных видов деятельности служб здравоохранения, который должен постоянно и систематически поощряться в процессе выработки политики и в циклах организации предоставления услуг здравоохранения третьими лицами. У граждан есть право на получение информации о здоровье.

Политика Здоровье-2020 посредством новых информационных и коммуникационных технологий может способствовать началу диалога с гражданами стран Европы по вопросам здоровья и благополучия. Она может стимулировать министерства здравоохранения к выработке стратегии взаимодействия с гражданским обществом, созданию инициатив в отношении открытости данных и систем контроля, позволяющих повысить подотчетность перед общественностью, включая методы цифрового и мобильного правительства, а также к подготовке всеобъемлющей стратегии повышения грамотности в отношении здоровья.

#### **(6) Глобальное видение**

Новое стратегическое руководство в интересах здоровья должно охватывать все уровни руководства, от местного до глобального.

---

<sup>5</sup> Под "первыми сторонами" понимаются выборные лица, вырабатывающие политику, и законодатели, а под "вторыми сторонами" – организации и администраторы в государственном секторе.

Вызовы в области здравоохранения часто требуют от государств совместных шагов по предоставлению общественных благ. Глобализация общественных благ, проявляющаяся в интеграции экономик и упразднении политических границ, привела к возникновению понятия региональных и глобальных общественных благ, в основе которых лежат национальные структурные элементы. Например, эпиднадзор за пандемическими заболеваниями основывается на эффективном мониторинге и отчетности, осуществляемых многими различными действующими субъектами на местном и национальном уровне, которые в свою очередь отчитываются перед такими региональными структурами, как Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний, и глобальными субъектами, такими как ВОЗ. Чтобы коллективные действия были эффективными, крайне важно обеспечить их согласованность, а для этого требуется безупречная координация и реализация политики с плавными переходами от местного уровня к глобальному, при непрерывной обратной связи и постоянном контроле.

Политика Здоровье-2020 может положить начало процессу объединения лиц, вырабатывающих политику на разных уровнях, для реагирования на взаимозависимые проблемы, используя сложившееся сотрудничество между различными уровнями Всемирной организации здравоохранения. Для этого потребуется поддержать новые типы дипломатии здравоохранения, способствующие повышению согласованности действий между такими секторами, как внешняя политика, торговля, сельское хозяйство, развитие и здравоохранение.

#### **(7) Ориентация Регионального бюро на работу с партнерами и на местах, инновации и оказание поддержки**

Сектор здравоохранения может оказывать поддержку другим секторам государственного управления путем оказания им помощи в выработке политике и достижении целей.

В рамках политики Здоровье-2020 можно было бы собирать сообщения о примерах как успешного, так и неудачного опыта в применении инновационных методов совместной работы с партнерами во имя достижения общих целей в Европейском регионе и во всем мире. Широкому внедрению таких инновационных методов могли бы способствовать регулярные встречи с министрами здравоохранения, руководителями учреждений и ведомств общественного здравоохранения и представителями других секторов. Региональное бюро могло бы использовать при этом модели долговременного сотрудничества с другими секторами, например, Европейский процесс "Окружающая среда и охрана здоровья" в своей деятельности в области пищевых продуктов и охраны здоровья, а также методы работы через сети, такие как Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Сеть школ, содействующих укреплению здоровья.

#### **(8) Совместная приверженность инновационным методам стратегического руководства**

В контексте политики Здоровье-2020 государства-члены и Региональное бюро должны:

- осуществлять оценку и мониторинг прогресса в области стратегического руководства в интересах здоровья в Европейском регионе: на основании результатов данного исследования следует выработать критерий инновационности в стратегическом руководстве в интересах здоровья с ориентацией на подходы на основе участия всего общества и общегосударственные подходы. Каждые два года Региональному комитету будет представляться отчет об инновациях в области стратегического руководства в интересах здоровья;
- рассмотреть возможность создания многопрофильного Европейского института стратегического руководства в интересах здоровья, который, как и недавно созданный по инициативе Союза южноамериканских государств Южноамериканский институт стратегического руководства здравоохранением (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud), будет выполнять роль центра

информационно-методических ресурсов, помогающего государствам Европейского региона ВОЗ переориентировать свои системы государственного управления на разумное стратегическое управление в интересах здоровья. С этой целью институт будет способствовать развитию лидерства, организовывать политические дебаты, осуществлять подготовку специалистов и проводить научные исследования совместно с национальными институтами по многим дисциплинам.

## Глоссарий

**Благополучие (well-being):** переживание людьми положительных и отрицательных эмоций, чувство удовлетворенности, жизнестойкость, способность восстанавливать физические и душевные силы, самоуважение и ощущение цели и смысла жизни. Социальное благополучие имеет две главных составляющих: отношения поддержки и помощи и чувство доверия и принадлежности к сообществу. Вместе они составляют картину того, чего все мы очень хотим: успешной и счастливой жизни (New Economics Foundation, 2011).

**Взаимозависимость (interdependence):** ситуации, для которых характерны взаимные влияния между странами или действующими субъектами в разных странах. Взаимозависимость существует в тех случаях, когда имеют место взаимные (но не обязательно симметричные) дорогостоящие последствия совершаемых сделок; когда же взаимодействия не имеют значительных дорогостоящих последствий, имеет место просто взаимосвязанность. Взаимозависимость не означает взаимной выгоды. Отношения взаимозависимости всегда подразумевают издержки, поскольку взаимозависимость ограничивает самостоятельность; заранее определить, будут ли выгоды от тех или иных взаимоотношений перевешивать издержки, невозможно. Это всегда зависит от ценностей, принятых у действующих субъектов, и характера взаимоотношений (Keohane & Nye, 1989).

**Государственная политика, учитывающая интересы здоровья (healthy public policy):** твердо выраженная забота о здоровье и социальной справедливости во всех областях политики, а также подотчетность и ответственность за воздействие принимаемых мер на здоровье. Основная цель заключается в том, чтобы создать благоприятствующую среду, позволяющую людям вести здоровую жизнь, и сделать выбор здоровых альтернатив возможным или более легким для граждан (ВОЗ, 1998 г.).

**"Каверзные" проблемы (wicked problems):** слово "каверзные" применяется в этом контексте не в смысле "причиняющие зло", а для обозначения проблем, чрезвычайно трудно поддающихся разрешению. Для успешного решения каверзных стратегических проблем или хотя бы противодействия им требуется переоценивать некоторые традиционные методы работы и решения проблем. Эти проблемы бросают вызов нашим структурам руководства, нашей базе умений и навыков и нашему организационному потенциалу. Первым шагом должно быть признание факта наличия каверзных проблем. Для того, чтобы успешно решать каверзные проблемы, необходимо добиться широкого признания и понимания (в том числе у правительства и министров) того, что здесь нельзя рассчитывать на быстрый успех или простые решения.

**Межсекторальные действия (intersectoral action):** работа с несколькими секторами общества для осуществления практических действий в области, представляющей взаимный интерес. К секторам могут относиться министерства, например, здравоохранения, образования, охраны окружающей среды и юстиции, а также обычные граждане, некоммерческие общества или организации и коммерческие предприятия (Health Canada, 2000).

**Мега-руководство, руководство системой руководства (meta-governance):** охватывает весь спектр функций, которые принимает на себя правительство "в отношении поддержки системы руководства и которые включают: надзор за системой руководства, управление ею и координацию ее функционирования; выбор и поддержку ключевых участников в структуре руководства; мобилизацию ресурсов; обеспечение такого положения, при котором более широкие системы руководства действуют справедливо и оперативно; принятие главной ответственности за обеспечение демократии и подотчетности" (Bell & Hindmoor, 2009).

**Общая ценность (shared value):** стратегии и методы работы, повышающие конкурентоспособность компании и одновременно улучшающие экономические и социальные условия в сообществах, в которых эта компания действует. Создание общей ценности связано с выявлением и расширением связей между социальным и экономическим прогрессом (Porter & Kramer, 2011).

**Общегосударственный подход (whole-of government approach):** рассредоточение стратегического руководства по вертикали по всем уровням государственного управления и сферам руководства и по горизонтали по всем секторам. Деятельность, осуществляемая с применением общегосударственного подхода, является многоуровневой: это деятельность государственного управления с участием государственных субъектов на всех уровнях, от местного до глобального, но все чаще к ней привлекаются и группы, не входящие в структуру государственного управления. При общегосударственном подходе часто проявляется стремление восполнить субъективно воспринимаемый недостаток командно-административного управления в центре, необходимого для решения какой-либо проблемы или достижения общих целей, для чего используется новая организационная структура и проводится реорганизация. Для этого подхода требуется создать доверие, общую этику, связующую культуру и выработать новые навыки. В нем подчеркивается необходимость улучшения координации и интеграции, ориентированных на достижение общих целей общества, которые поддерживает государство. Примером общегосударственного подхода к превращению стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия в приоритетную задачу не только сектора здравоохранения, но и других секторов, и к работе в обоих направлениях (другие секторы воздействуют на здоровье, а здоровье воздействует на другие секторы) является принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики.

**Общественное здравоохранение (public health):** "наука и искусство укрепления здоровья, профилактики болезней и продления жизни путем организованных усилий всего общества" (Acheson, 1988).

**Подотчетность (accountability):** обязанность "давать отчет" какому-либо органу власти или управления за свои действия. Эта обязанность является внешней для подотчетного лица или органа в том смысле, что отчет дается другому лицу или органу, находящемуся за пределами юрисдикции подотчетного лица или органа; она подразумевает социальное взаимодействие и социальный обмен, то есть одна сторона – сторона, требующая отчета – стремится получить ответы и добиться устранения недостатков, в то время как другая сторона – подотчетная – отвечает и выступает в качестве объекта обращаемых на нее санкций; это подразумевает наличие прав власти в том смысле, что требующее отчета лицо или орган утверждает свои права высшей власти над подотчетным лицом или органом, включая право требовать ответов и налагать санкции.

**Подход на основе участия всего общества (whole-of-society approach):** подход, при котором дополнительно подчеркивается важность участия частного сектора и гражданского общества, а также лиц, принимающих политические решения, таких как депутаты парламента, благодаря чему достигается расширение общегосударственного подхода. Возникшие в системе государственного управления сети, объединяющие участников процесса выработки и реализации политики, все чаще не ограничиваются рамками государственной системы и в них все больше вовлекаются другие действующие в обществе субъекты, в частности, для рассмотрения таких поистине каверзных проблем, как проблема ожирения (Dubé et al., 2009) и готовность к пандемиям (ВОЗ, 2009 г.). Благодаря тому, что при использовании подхода на основе участия всего общества в процесс вовлекаются частный сектор, гражданское общество, местные общины и отдельные лица, можно добиться укрепления способности сообществ противостоять внешним воздействиям, позволяющей им преодолевать угрозы их здоровью, безопасности и благополучию.

Подход на основе участия всего общества не ограничивается только учреждениями и организациями: он оказывает мобилизующее влияние на местные и глобальные культуру и средства массовой информации, сельские и городские общины и все стратегически важные секторы, такие как система образования, транспорт, охрана окружающей среды и даже градостроительное проектирование, как можно видеть на примере проблемы ожирения и глобальной продовольственной системы. Подходы на основе участия всего общества представляют собой форму руководства через сотрудничество, при которой особое внимание уделяется координации деятельности путем использования нормативных ценностей и укрепления взаимного доверия среди самых разнообразных действующих субъектов.

**Политика подталкивания (nudge policy):** "любой аспект архитектуры выбора, который предсказуемым образом изменяет поведение людей, не запрещая никаких вариантов выбора и не вызывая значительных изменений в их экономических стимулах" (Thaler & Sunstein, 2008).

**Правомерность (legitimacy):** "обобщенное ощущение или предположение, что действия какой-либо организации-субъекта права являются желательными, правильными или подобающими в рамках некоторой выработанной обществом системы норм, ценностей, убеждений и определений" (Suchmann, 1995). Правомерность зависит от уровня ее признания различными непосредственными и внешними заинтересованными сторонами. Важными факторами для создания необходимого для правомерности доверия являются представительство, возможность участия для всех без исключения и прозрачность. Кроме того, правомерность зависит от способности вовлечь заинтересованные стороны в содержательный диалог, в котором они ощущают себя полноправными хозяевами и видят возможность получить для себя выгоды, для чего требуются полная гласность, открытость и уважительное отношение. Для начинающих формироваться процессов с участием многих заинтересованных сторон может возникнуть серьезная угроза, если партнеры в этих процессах не будут регулярно контролировать прозрачность ощущений и ожиданий в отношении участия в них (Burger & Mayer, 2003; Vallejo & Hauselmann, 2004).

**Предвидение (foresight):** основанная на чувствительности к слабым сигналам способность предугадать альтернативы и умение наглядно представить множество возможных исходов (Fuerth, 2009).

**Разумное руководство (smart governance):** один из способов обозначения масштабных институциональных адаптаций, наблюдаемых в государственных и международных организациях перед лицом растущей взаимозависимости. В обществе знаний решения в области политики, которые принимаются исключительно исходя из нормативных соображений, уступают решениям, принимаемым на основе "фактических данных". В то же время принятие решений требует применения новых методов для того, чтобы преодолевать и учитывать сопутствующие неопределенности, поскольку, когда место "ценностей большинства" в качестве основы власти занимают знания – а они всегда вызывают сомнение, всегда пересматриваются – неопределенностей бывает предостаточно. Выражение "разумное руководство", придуманное Willke (2007), представляет собой "краткое обозначение целого ансамбля принципов, факторов и потенциалов, которые образуют определенную форму руководства, способную адаптироваться к условиям и крайностям, характерным для общества знаний."

**Руководство здравоохранением (health governance):** действия и средства, к которым прибегает общество для организации своей деятельности по укреплению и охране здоровья населения (Dodgson, Lee, Drager, 2002).

**Система здравоохранения (health system):** все мероприятия, основная цель которых заключается в том, чтобы укреплять, восстанавливать и поддерживать здоровье (ВОЗ, 2000 г.).

**Сложная адаптивная система (complex adaptive system):** состоит из множества отдельных самоорганизующихся элементов, способных реагировать на другие элементы и на окружающую их среду. Всю систему можно рассматривать как сеть взаимоотношений и взаимодействий, в которой целое гораздо больше, чем сумма отдельных его частей. Изменение в любой части системы, даже всего в одном элементе, приводит к реакциям и изменениям в связанных с ним элементах и в окружающей среде. Поэтому невозможно с полной точностью предсказать последствия какого-либо вмешательства в систему, так как система всегда реагирует на изменения и на действия отдельных лиц и адаптируется к ним.

**Совещательный процесс с участием многих заинтересованных сторон (multistakeholder deliberation):** "коллективное и объединенное общественное усилие по рассмотрению того или иного вопроса с разных точек зрения перед принятием решения; совещательные процессы укрепляют систему выработки политики благодаря тому, что формируют признание общих ценностей, общих обязательств и вновь возникающих проблем и позволяют прийти к всестороннему пониманию причинно-следственных связей" (Swanson et al., 2009).

**Социальные детерминанты (social determinants):** условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, включая систему здравоохранения. Эти обстоятельства складываются под влиянием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях, т.е. факторов, которые сами находятся под влиянием выбираемых направлений политики. Социальными детерминантами здоровья объясняются большинство проявлений несправедливости в отношении здоровья и несправедливые, но предотвратимые различия в состоянии здоровья, которые наблюдаются внутри стран и между ними (Комиссия по социальным детерминантам здоровья, 2008 г.).

**Социальная справедливость в вопросах здоровья (health equity):** отсутствие систематического неравенства в отношении здоровья (или в главных социальных детерминантах здоровья) между группами населения, находящимися в разных исходных благоприятных или неблагоприятных социальных условиях, таких как материальное благосостояние, власть или престиж. Социальная несправедливость в вопросах здоровья в разных ее проявлениях систематически ставит группы людей, которые уже находятся в неблагоприятных социальных условиях (например, в силу своей бедности, принадлежности к женскому полу или к лишенной гражданских прав расовой, этнической или религиозной группе), в еще более неблагоприятное положение в отношении их здоровья (Braveman & Gruskin, 2003).

**Стратегическое руководство (governance):** то, как органы государственного управления (правительство) и другие организации общества взаимодействуют друг с другом, какие у них отношения с гражданами и как они принимают решения (Graham et al., 2003).

**Стратегическое руководство в интересах здоровья (governance for health):** стремление органов государственного управления (правительств) и других субъектов руководить сообществами, целыми странами или группами стран в действиях по достижению здоровья и благополучия как коллективной цели (адаптировано из Bell & Hindmoor, 2009).

**Укрепление здоровья (health promotion):** процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также улучшить его (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986 г.).

**Учет интересов охраны здоровья во всех стратегиях и направлениях политики (health in all policies):** стратегия, направленная на укрепление связи между охраной здоровья и политикой в других областях; согласно этой стратегии, необходимо рассматривать, какое влияние на здоровье оказывает политика во всех областях,

например, в области сельского хозяйства, образования, охраны окружающей среды, финансовая, жилищная и транспортная политика. Цель этой стратегии состоит в том, чтобы с помощью структур, механизмов и практических действий, планируемых и организуемых главным образом не сектором здравоохранения, а другими секторами, обеспечить улучшение здоровья населения и одновременно содействовать повышению уровня благополучия и благосостояния стран (Wismar, *Eero Lahtinen, Timo Ståhl, Eeva Ollila, Kimmo Leppo et al.*, 2006).

## Библиография

ВОЗ (1946). *Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_ru.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (1978). *Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/113875/E93944R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (1997а). *Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-м столетии. Четвертая международная конференция по укреплению здоровья: новые действующие лица для новой эры, Джакарта, 21–25 июля 1997 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_ru.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_ru.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (1997б). *Отчет о состоянии здравоохранения в мире, 1997 г. Победа над страданиями, обогащение человечества*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_ru.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (2011). *Московская декларация: Первая Глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/nmh/events/global\\_forum\\_ncd/documents/moscow\\_declaration\\_ru.pdf](http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/documents/moscow_declaration_ru.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия (2010). *Аделаидское заявление "Учет интересов здоровья во всех направлениях политики"*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/social\\_determinants/russian\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/russian_adelaide_statement_for_web.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (2003). *Рамочная конвенция по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/fctc/ru/>, по состоянию на 25 августа 2011 г.).

ВОЗ (2004). *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/ru/>, по состоянию на 25 августа 2011 г.).

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (1948). *Всеобщая декларация прав человека*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (1966). *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Европейское региональное бюро ВОЗ (1986). *Оттавская хартия по укреплению здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2004а). *Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/74421/E82161R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74421/E82161R.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2004б). *Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/87566/E82659R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87566/E82659R.pdf), по состоянию на 25 августа 2011 г.).

Комиссия по социальным детерминантам здоровья (2008). *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа социальной справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения  
([http://www.who.int/publications/list/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08\\_1/ru/](http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/), по состоянию на 25 августа 2011).

Acheson D (1988). *Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health functions*. London, HMSO:289.

ПРООН (2010). *Доклад о развитии человека 2010 – Реальное богатство народов: путь к развитию человека*. (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/ru/>, по состоянию на 25 августа 2011 г.)

African Development Bank Group (2009). *Checklist for gender mainstreaming in governance programmes*. Abidjan, African Development Bank Group  
(<http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Checklist%20for%20Gender%20Mainstreaming%20in%20Governance%20Programmes%20EN.pdf>, accessed 18 August 2011).

Aizcorbe A, Retus B, Smith S (2008). Toward a health care satellite account. *Survey of Current Business*, 88:24–30.

Alderslade R (2011). *Health in All Policies. The argument for investment in equitable health. Presentation for “Better Health for All in Latvia”. Riga 18 April 2011*  
([http://phoebe.v.m.gov.lv/misc\\_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/0d12aafd0b0abe72c22575b0003093b9/\\$FILE/Richard%20Alderslade\\_3dala.pdf](http://phoebe.v.m.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/0d12aafd0b0abe72c22575b0003093b9/$FILE/Richard%20Alderslade_3dala.pdf), accessed 18 August 2011).

American Beverage Association (2010). *Alliance school beverage guidelines: final progress report*. Washington, DC, American Beverage Association.

Ansell C, Gash A (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18:543–571.

(Australian) Management Advisory Committee (MAC) (2004) *Connecting Government: Whole of Government Responses to Australia's Priority Challenges*. Canberra, Commonwealth of Australia (<http://www.apsc.gov.au/mac/connectinggovernment.pdf>, accessed 18 August 2011).

Barabas J (2004). How deliberation affects policy opinions. *American Political Science Review*, 98:687–701.

Beck U (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London, Sage.

Bell S, Hindmoor A (2009). *Rethinking governance: the centrality of the state in modern society*. Cambridge, Cambridge University Press.

Birkavs V, McCartney C (2011). Policies for shared societies: their contribution to well-being and economic performance. In: *Challenge Europe: growth, well-being and social policy in Europe: trade-off or synergy?* Brussels, European Policy Centre:20–26.

Bonell C et al. (2011). One nudge forward, two steps back. *British Medical Journal*, 342:d401.

Brandt AM (2007). *The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. New York, Basic Books.

Braveman P, Gruskin S (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254–258.

Bryson JM, Crosby BC, Stone MM (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66:44–55.

Bull B, McNeill D, eds. (2007). *Development issues in global governance*. London, Routledge.

Burger D, Mayer C (2003). *Making sustainable development a reality: the role of social and ecological standards*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

Butler-Jones D (2008). The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2008: *Addressing Health Inequalities*. Ottawa, Minister of Health (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>, accessed 18 August 2011).

Capewell S et al. (1999). Effects of the Heartbeat Wales programme. *British Medical Journal*, 318:1072.

Cashore B (2002). Legitimacy and the privatisation of environmental governance: how non-state market driven (NSMD) governance systems gain rule making authority. *Governance*, 15:503–529.

Castell-Florit, P (2010). Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action. *MEDICC Review*, 12(1):48–48.

Christensen T, Laegreid P (2007). The whole of government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67:1059–1066.

CNN World (2006). *Skinny models banned from catwalk*, September 13, 2006, ([http://articles.cnn.com/2006-09-13/world/spain.models\\_1\\_association-of-fashion-designers-skinny-models-pasarela-cibeles?\\_s=PM:WORLD](http://articles.cnn.com/2006-09-13/world/spain.models_1_association-of-fashion-designers-skinny-models-pasarela-cibeles?_s=PM:WORLD), accessed 18 August 2011).

Commission on Global Governance (1995). *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press.

Conklin J (2006). Wicked problems and social complexity. In: *Dialogue mapping: building shared understanding of wicked problems*. New York, Wiley.

Coulter A (2005). What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal*, 331:1199.

Council of the European Union (2006a). *Council conclusions on health in all policies (HiAP). Proceedings of the 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006*. Brussels, Council of the European Union ([http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/en/lsa/91929.pdf](http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/91929.pdf), accessed 1 August 2011).

Council of the European Union (2006b). *Council conclusions on common values and principles in European Union health systems*. Brussels, Council of the European Union.

Crawford A (2006). Networked governance and the post-regulatory state? *Theoretical Criminology*, 10:449–479.

Cullbridge Marketing and Communications (2011). Tools of change: proven methods for promoting health, safety and environmental citizenship [web site]. Ottawa, Cullbridge Marketing and Communications.

Dahlgren G, Whitehead M (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Davis RM (1998). Healthy People 2010<sup>™</sup>: national health objectives for the United States. *British Medical Journal*, 317:1513–1517.

de la Chapelle B (2008). Multi-stakeholder governance: emergence and transformational potential of a new political paradigm. In: Helbing D, ed. *Managing complexity: insights, concepts, applications*. Berlin, Springer.

Dodgson R, Lee K, Drager N (2002). *Global health governance: a conceptual review*. Geneva, World Health Organization.

Dolan P, Tsuchiya A, Wailoo A (2003). NICE's citizen's council: what do we ask them, and how? *Lancet*, 362:918–919.

Dubé L et al. (2009). *Building convergence: toward an integrated health and agri-food strategy for Canada*. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute ([http://www.capi-icpa.ca/pdfs/BuildingConvergence\\_Summary.pdf](http://www.capi-icpa.ca/pdfs/BuildingConvergence_Summary.pdf), accessed 1 August 2011).

Dubé L, Thomassin P, Beauvais J (2009). *Whole-of-Society Approach To Policy Development And Implementation: Building Convergence And Driving Change On The Ground*. Ottawa, The Canadian Agri-Food Policy Institute (CAPI). (<http://www.capi-icpa.ca/converge-full/eight.html>, accessed 1 August 2011).

ECDC/EMEA (2009). *The bacterial challenge: Time to react*. Stockholm, ECDC, European Medicines Agency ([http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909\\_TER\\_The\\_Bacterial\\_Challenge\\_Time\\_to\\_React.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf), accessed 1 August 2011).

European Commission (2009). *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. GDP and beyond: measuring progress in a changing world*. Brussels, European Commission.

European Commission (2010). *Communication from the Commission: Europe 2020 – a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm), accessed 1 August 2011).

European Parliament (2006). Regulation (EC) No. 1924/2006 of the European Parliament and the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods. *Official Journal of the European Communities*, L 404 (30 December):9.

Federal Interagency Workgroup (2010). *Healthy People 2020 Framework*. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services (<http://www.healthypeople.gov/2020/consortium/HP2020Framework.pdf>, accessed 1 August 2011).

Finegood D, Merth T, Rutter H (2010). Implications of the foresight obesity system map for solutions to childhood obesity. *Obesity*, 18:S13–S16.

Frederickson GH (2005). Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, eds. *The Oxford handbook of public management*. Oxford, Oxford University Press.

Fuerth LS (2009). Foresight and anticipatory governance. *Foresight*, 11(4):14–32.

Georgia Health Policy Center (2008). *Finding the voice of public health in the national health reform dialogue: an integrative model for health system transformation*. Atlanta, GA, Georgia State University.

Glouberman S et al. (2003). *A toolbox for improving health in cities: a discussion paper*. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

Government of Australia (2007). *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Australian Public Service Commission (<http://www.apsc.gov.au/publications07/wickedproblems.pdf>, accessed 1 August 2011).

Government of Northern Ireland (1999). *Professional policy making for the twenty first century*. Belfast, Government of Northern Ireland (<http://ctpr.org/wp-content/uploads/2011/03/Professional-Policy-Making-for-the-21st-Century-1999.pdf>, accessed 1 August 2011).

Graham J, Amos B, Plumpre T (2003). *Principles of good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance.

Greer SL, Vanhercke B (2010). The hard politics of soft law: the case of health. In: Mossialos E et al., eds. *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.

Grefe C, Schnabel U (2011). “Wir müssen zukunfts offen bleiben”. *Zeit Online*, 21 (<http://www.zeit.de/2011/21/Energie-Ethikkommission>, accessed 1 August 2011).

Health Canada (2000). *Intersectoral action toolkit*. Ottawa, Health Canada.

Health Council of Canada (2007). *ActNow BC supports healthy lifestyles*. Ottawa, Health Council of Canada  
(<http://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/ActNow%20BC%20supports%20healthy%20lifestyles.pdf>, accessed 1 August 2011).

Hernández-Aguado I, Parker LA (2009). Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer:23–66.

Hill C, Lynn LE (2005). Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15:73–96.

Hocking J (2005). Liberty, security and the state. In: Saunders P, Walter S, eds. *Ideas and influence: social science and public policy in Australia*. Sydney, UNSW Press.

Holzer M et al. (2010). *Prague e-Governance: a study of best practices*. Newark, NJ, E-Governance Institute, National Center for Public Performance.

Hood C (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 63:3–19  
([http://www.globalhealthurope.org/images/stories/researchpaper\\_02\\_v3\\_web.pdf](http://www.globalhealthurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf), accessed 1 August 2011).

Huet Machado JM, de Souza Porto MF (2003). Health promotion and intersectoriality: experience of occupational surveillance. *Saúde*, 12(3).

Huxham C (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5:401–423.

Imperial M (2005). Using collaboration as a governance strategy: lessons from six watershed management programs. *Administration and Society*, 37:281–320.

Institute of Medicine (2011). *For the public's health: revitalizing law and policy to meet new challenges*. Washington, DC, National Academy of Sciences.

Institute of Transport Economics (2002). *CBA of cycle track network in Norwegian cities: TØI-report 567/2002*. Oslo, Institute of Transport Economics, A 38(8):592–605.

International Food and Beverage Alliance (2009). *Progress report to Dr. Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization on the International Food and Beverage Alliance's five commitments to action under the 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, International Food and Beverage Alliance.

International Food and Beverage Alliance (2011). *The International Food and Beverage Alliance's five commitments to action in support of the World Health Organization's 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, International Food and Beverage Alliance.

Jenson J (2009). Making sense of contagion: citizenship regimes and public health in Victorian England. In: Hall P, Lamont M, eds. *Successful societies: how institutions and culture affect health*. Cambridge, Cambridge University Press.

Jessop B (2002) *Governance and metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony*. Lancaster, Department of Sociology, Lancaster University  
(<http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/jessop-governance-and-metagovernance.pdf>, accessed 1 August 2011).

John F. Kennedy Presidential Library and Museum (1968). *Remarks of Robert F. Kennedy at the University of Kansas, March 18, 1968*. Boston, John F. Kennedy Presidential Library and Museum.

Jonas H (1985). *The imperative of responsibility: search of an ethics for the technological age*. Chicago, University of Chicago Press.

Keane J (2009). *The life and death of democracy*. New York, Simon and Schuster.

Keane, J (2003). *Global civil society?* Cambridge, Cambridge University Press.

Keohane RO, Nye J (1989). *Power and interdependence*. 2nd ed. Cambridge, MA, HarperCollins.

Kickbusch I (2003). Perspectives in health promotion and population health. *American Journal of Public Health*, 93:383–388.

Kickbusch I (2007). Health governance: the health society. In: McQueen D, Kickbusch I, eds. *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York, Springer.

Kickbusch I (2010). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal governance. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.

Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *British Medical Journal*, 342:d3154.

Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.

Kingdon JW (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. New York, Addison Wesley Longman.

Klijin EH (2005). Networks and inter-organizational management: challenging, steering, evaluation, and the role of public actors in public management. In: *The Oxford handbook of public management*. Oxford, Oxford University Press.

Klijin EH (2009). Trust in governance networks: looking for conditions for innovative solutions and outcomes. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.

Klinke A, Renn O (2006). Systemic risks as challenge for policy making in risk governance. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, 7(1):33.

Kloprogge P, van der Sluijs (2006). The inclusion of stakeholder knowledge and perspectives in integrated assessment of climate change. *Climatic Change*, 75:359–389.

Kuhn T (1962). *Structure of scientific revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.

Mackenbach J et al. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *New England Journal of Medicine*, 358:2468–2481.

Marteau TM et al. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 342:d228.

Mayo AJ, Nohria N (2005). *In their time: the greatest business leaders of the twentieth century*. Boston, Harvard Business School Press.

McQuaid RW (2009). Theory of organizational partnerships: partnership advantages, disadvantages and success factors. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.

Meeting of Minds European Citizens' Panel (2006). *European citizens' assessment report: complete results*. Brussels, Meeting of Minds Partner Consortium.

Michalski W, Miller R, Stevens B (2001). Governance in the 21st century: power in the global knowledge economy and society. In: OECD, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development:7–26.

Ministry of Education, Finland (2008). *The Finnish Government's Child and Youth Policy Programme 2007–2011*. Helsinki, Ministry of Education.

Moore M, Hartley J (2009). Innovations in governance. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.

Moss C, Schmitz A, Schmitz T (2006). First-generation genetically modified organisms in agriculture. *Journal of Public Affairs*, 6:46–57.

Mossialos E et al., eds. (2010). *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.

Mulgan R (2000). Accountability: an ever-expanding concept? *Public Administration*, 78:555–573.

Murthy NRN (2011). Corporate connections: the value of private sector partnerships. *Harvard International Review*, Spring:69–73.

Nestle M (2007). *Food politics: how the food industry influences nutrition and health*. Revised and expanded edition. Berkeley, University of California Press.

New Economics Foundation (2011). *Measuring our progress: the power of well-being*. London, New Economics Foundation  
([http://www.wikiprogress.org/images//Measuring\\_our\\_progress\\_webReady.pdf](http://www.wikiprogress.org/images//Measuring_our_progress_webReady.pdf), accessed 1 August 2011).

Nguyen C (2009). *A woman's place is at the policy table ... and how citizens' assemblies are helping make that happen*. Ottawa, Canadian Women's Health Network  
(<http://www.cwhn.ca/en/node/39372>, accessed 1 August 2011).

Nye J (2008). *The power to lead*. Oxford, Oxford University Press.

Nye J (2011). *The future of power*. New York, PublicAffairs.

Nye J, Kamarck EC (2002). *Governance.com: democracy in the information age*. Washington, DC, Brookings Institute Press.

OECD (2001). *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2010). *Meeting of the Health Committee at Ministerial Level: final communiqué*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/4/55/46163626.pdf>, accessed 1 August 2011).

OECD (2011). Public governance [web site]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en\\_2649\\_37405\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37405,00.html](http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_2649_37405_1_1_1_1_37405,00.html), accessed 1 August 2011).

OECD Global Science Forum (2009). *Applications of complexity science for public policy: new tools for finding unanticipated consequences and unrealized opportunities*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization (2008). *The Right to Health. Fact Sheet No. 31*. Geneva, United Nations. (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, accessed 1 August 2011).

Orr R (2011). UN Innovation: a business model for solving global problems. *Harvard International Review*, Spring:64–68.

Osborne SP (2009). The (new) public governance: a suitable case for treatment? In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.

Paquet G (2001). The new governance, subsidiarity and the strategic state. In: OECD, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Peake S et al. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization.

Permanand G, Vos E (2010). EU regulatory agencies and health protection. In: Mossialos E et al., eds. *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.

Peters BG (2001). *The future of governing*. Lawrence, University Press of Kansas.

Pettersson B (2010). Health in all policies across jurisdictions – a snapshot from Sweden. *Public Health Bulletin South Australia*, 7(2):17–20.

Poguntke T, Webb P (2005). The presidentialization of politics in democratic societies: a framework for analysis. In: Poguntke T, Webb P, eds. *The presidentialization of politics: a comparative study of modern democracies*. Oxford, Oxford University Press:1–25.

Porter M, and Kramer M, (2011). Creating shared value. *Harvard Business Review*, 89(1/2):62–77.

Post LA, Raile ANW, Raile ED (2010). Defining political will. *Politics and Policy*, 38:653–676.

Public Health Agency of Canada et al. (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf), accessed 1 August 2011).

- Puska P et al., eds. (1995). *The North Karelia project: 20 year results and experiences*. Helsinki, National Public Health Institute.
- Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.
- Reither EN, Olshansky SJ, Yang Y (2011). New forecasting methodology indicates more disease and earlier mortality ahead for today's younger Americans. *Health Affairs*, doi:10.1377/hlthaff.2011.0092.
- Rhodes RAW (2000). Governance and public administration. In: Pierre J, ed. *Debating governance: authority, steering, and democracy*. Oxford, Oxford University Press.
- Riklin A (2006). What Montesquieu could not have known yet: reflections on a revision of the separation of powers theory. *Ancilla Iuris*, 20.
- Robertson J (2003). *The economic costs of infectious diseases*. Canberra, Parliament of Australia (Research Note No. 36 2002–03; <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rn/2002-03/03rn36.htm>, accessed 1 August 2011).
- Roll Back Malaria Partnership (2010). Roll Back Malaria (RBM) Partnership publications and multimedia resources [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.rollbackmalaria.org/multimedia/index.html>, accessed 15 December 2010).
- Rosenberg CE (1962). *The cholera years; the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago, University of Chicago Press.
- Ruger JP (2010). *Health and social justice*. Oxford, Oxford University Press.
- Sabel CF, Zeitlin J (2008). Learning from difference: the new architecture of experimentalist governance in the European Union. *European Law Journal*, 14:278–280.
- Salamon LM, ed. (2002). *The tools of government*. Oxford, Oxford University Press.
- Sandel MJ (2010). *Justice: what's the right thing to do?* London, Penguin Books.
- Scharpf FW (1994). Games real actors could play: positive and negative co-ordination in embedded negotiations. *Journal of Theoretical Politics*, 6(1):27–53.
- Scharpf FW (2002). The European social model. *Journal of Common Market Studies*, 40:645–670.
- Schneider M et al. (2010). *Foundations, methodology, and selected results of a satellite account for the German health economy*. Augsburg, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH.
- Scottish Government (2009). *Recipe for success – Scotland's National Food and Drink Policy*. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/06/25133322/2>, accessed 1 August 2011).
- Senden L (2005). Soft law, self-regulation and co-regulation in European law: where do they meet? *Electronic Journal of Comparative Law*, 9.1.
- Slama K (2005). From evidence to practice: tobacco control effectiveness. *Promotion and Education*, 12(Suppl. 1):28–32.

Sorenson E (2006). Metagovernance: the changing role of politicians in processes of democratic governance. *American Review of Public Administration*, 36:98–114.

Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.

Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress ([http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport\\_anglais.pdf](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf), accessed 1 August 2011).

Strand M et al. (2009). *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 4; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/110228/E93431.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf), accessed 1 August 2011).

Strange S (1996). *The retreat of the state: the diffusion of power in the world economy*. Cambridge, Cambridge University Press.

Suchman M (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20:571.

Swanson D et al. (2009). Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy-making in an uncertain world*. London, Sage.

Tallacchini M (2005). Before and beyond the precautionary principle: epistemology of uncertainty in science and law. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 207(2 suppl):645–651.

Thaler RH, Sunstein C (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, Yale University Press.

Timo Ståhl et al., eds. (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health ([http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/documents/health\\_in\\_all\\_policies.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf), accessed 1 August 2011).

Tomson G (2010). *The impact of global processes on health systems in Europe*. Geneva, Global Health Europe (Global Health Europe Research Paper No.2; [http://www.globalhealthEurope.org/images/stories/researchpaper\\_02\\_v3\\_web.pdf](http://www.globalhealthEurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf), accessed 1 August 2011).

Tomson G, Pafs J, Diseberg A (2011). *The challenges of multi-level governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe*.

ul Haq M (1995). *Reflections on human development*. Oxford, Oxford University Press.

UNDP (1997). *Good Governance – and sustainable human development*. A UNDP policy document. New York, UNDP (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/chapter1.htm>, accessed 1 August 2011).

U.S. Department of Health & Human Services (2010). *HHS announces the nation's new health promotion and disease prevention agenda*. Washington, DC, U.S. Department of Health and

- Human Services (<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101202a.html>, accessed 1 August 2011).
- Vallejo N, Hauselmann P (2004). *Governance and multi-stakeholder processes*. Winnipeg, International Institute for Sustainable Development.
- Vibert F (2007). *The rise of the unelected: democracy and the new separation of powers*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Vogel D (2008). Private global business regulation. *Annual Review of Political Science*, 11:261–282.
- Walter J, Strangio P (2007). *No, Prime Minister: reclaiming politics from leaders*. Sydney, UNSW Press.
- Weber M (1922/1978). *Economy and society*. Berkeley, University of California Press.
- Wernli D et al. (2011). A call for action: the application of the International Health Regulations to the global threat of antimicrobial resistance. *PLoS Medicine*, 8:e1001022.
- Whitehead M, Dahlgren G (1991). What can we do about inequalities in health? *Lancet*, 338:1059–1063.
- WHO (1998). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1998*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Adelaide\\_recommendations.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Adelaide_recommendations.pdf), accessed 1 August 2011).
- WHO (2009). *Whole-of-society pandemic readiness: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en>, accessed 1 August 2011).
- WHO Regional Office for Europe (1985). *Targets for Health for All: targets in support of the European regional strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO, UNICEF (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva, World Health Organization ([http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/summary\\_world\\_report\\_children\\_engl.pdf](http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/summary_world_report_children_engl.pdf), accessed 1 August 2011).
- Willke H (2007). *Smart governance: governing the global knowledge society*. Frankfurt, Campus Verlag.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98283/E90794.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf), accessed 1 August 2011).
- Wismar M, Ernst K (2010). Health in all policies in Europe. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- World Bank (2011). What is our approach to governance? [web site]. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/MKOG258V0>, accessed 1 August 2011).

World Bank Institute/PRMGE (2009). *Gender and development. A trainer's manual. Module 3 Integrating gender into development projects*. Washington, World Bank Institute (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/192862/Module3/Module3-index.html>, accessed 1 August 2011).

World Economic Forum (2011). *The future of government: lessons learned from around the world*. Cologne, World Economic Forum ([http://www3.weforum.org/docs/EU11/WEF\\_EU11\\_FutureofGovernment\\_Report.pdf](http://www3.weforum.org/docs/EU11/WEF_EU11_FutureofGovernment_Report.pdf), accessed 1 August 2011).

World Trade Organization (2001). *DOHA Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. Geneva, World Trade Organization.

Zürn M (2010). Global governance as multi-level governance. In: Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.

### **Основные публикации, которые использовались в данном исследовании**

Bambra C, Smith K, Kennedy L (2008). Politics and health. In: Naidoo J, Wills J, eds. *Health studies*. 2nd ed. London, Palgrave Macmillan

Bauman Z (2007). *Liquid times: living in an age of uncertainty*. Cambridge, Polity Press.

Bevir M, ed. (2011). *The Sage handbook of governance*. London, Sage Publications.

Bogdanor V (2005). *Joined-up government*. Oxford, Oxford University Press.

Brinkerhoff DW, Fort C, Stratton S (2009). *Good governance for health: assessing progress in Rwanda*. Chapel Hill, NC, IntraHealth International (<http://www.intrahealth.org/~intrahea/files/media/good-governance-and-healthassessing-progress-in-rwanda/goodgovandhealth.pdf>, accessed 1 August 2011).

Dietz T, Ostrom E, Stern PC (2003). The struggle to govern the commons. *Science*, 302:1907–1912.

Edelenbos J, Klijn EH (2007). Trust in complex decision-making networks: a theoretical and empirical exploration. *Administration and Society*, 39:25–50.

Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. (2010). *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.

Fidler DP (2010). *The challenges of global health governance*. New York, Council on Foreign Relations (<http://www.pdf-finder.com/The-Challenges-of-Global-Health-Governance.html>, accessed 1 August 2011).

Government of Australia (2004). *Connecting government: whole of government responses to Australia's priority challenges*. Canberra, Australian Public Service Commission (<http://www.apsc.gov.au/mac/connectinggovernment1.htm>, accessed 1 August 2011).

Hall P, Taylor RCR (2009). Health, social relations, and public policy. In: Hall P, Lamont M, eds. *Successful societies: how institutions and culture affect health*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Henke K-D, Martin K (2009). Health as a driving economic force. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer:95–124.
- Hooghe L, Marks G (2003). Unravelling the central state, but how? Types of multi-level governance. *American Political Science Review*, 97:233–243.
- Jakubowski E, Lister G (2006). *Ninth Futures Forum on health systems governance and public participation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/97836/E89766.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/97836/E89766.pdf), accessed 1 August 2011).
- Kailas A, Chong CC, Watanabe F (2010). From mobile phones to personal wellness dashboards. *IEEE Pulse*, 7/8:57–63.
- Kickbusch I (2009). Policy innovations for health. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer.
- Koenig-Archibugi M, Zürn M, eds. (2006). *New modes of governance in the global system: exploring publicness, delegation and inclusiveness*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Labonte R et al. (2004). *Fatal indifference: the G8, Africa and global health*. Ottawa, Juta Academic.
- Lehtonen M (2010). Deliberative decision-making on radioactive waste management in Finland, France and the UK: influence of mixed forms of deliberation in the macro discursive context. *Journal of Integrative Environmental Sciences*, 7:175–196.
- Mulgan G (2010). Health is not just the absence of illness: health in all policies and “all in health policies”. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- MWP (2011). Background [web site]. Montreal, McGill World Platform for Health and Economic Convergence (<http://www.mcgill.ca/mwp/>, accessed 22 August 2011).
- Newman J (2005). Introduction. In: Newman J, ed. *Remaking governance*. Bristol, Policy Press.
- Ostrom E (2010). Nested externalities and polycentric institutions: must we wait for global solutions to climate change before taking actions at other scales? *Economic Theory*, doi:10.1007/s00199-010-0558-6.
- Peters BG (2009). Meta-governance and public management. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.
- Pollitt C (2003). Joint-up government: a survey. *Political Studies Review*, 2:34–49.
- Raustiala K, Victor DG (2004). The regime complex for plant genetic resources. *International Organization*, 58:277–309.
- Rouse WB (2008). Health care as a complex adaptive system: implications for design and management. *The Bridge*, 38(1):17–25 (<http://www.nae.edu/File.aspx?id=7417>, accessed 1 August 2011).

Sihto M, Ollila E, Koivusalo M (2006). Principles and challenges of health in all policies. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health: 3–20.

Skogan WG et al. (2008). *Evaluation of CeaseFire-Chicago*. Chicago, Northwestern University.

Slaughter AM (2004). *A new world order*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Slaughter AM, Hale TN (2010). Transgovernmental networks. In; Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.

Vangen S, Huxham C (2003). Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39:5–31.

Whiting D, Unwin N, Roglic G (2010). Diabetes: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en), accessed 1 August 2011).