

Политика и практика

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО В ЗДОРОВЫХ ГОРОДАХ ЕВРОПЫ

Evelyne de Leeuw^{1,2}

¹ Центр обучения, исследований и оценки по вопросам справедливости в отношении здоровья СНЕТРЕ, Университет Нового Южного Уэльса, Институт Ингама, Австралия

² Glocal Health Consultants, Джилонг, Австралия

Автор, отвечающий за переписку: Evelyne de Leeuw (адрес электронной почты: evelyne@glocalhealthconsultants.com)

АННОТАЦИЯ

В течение трех последних десятилетий Европейская сеть ВОЗ «Здоровые города» действовала в соответствии с принципами межсекторальных действий, политики и управления. В настоящей статье представлен обзор научных данных, который, в свою очередь, контекстуально основан на кратком обзоре межсекторальных действий и соответствующих связанных

с ними концепций. Оценки пяти пятилетних фаз реализации программы «Здоровые города Европы» показали, что в данный момент правительства стран все увереннее и эффективнее руководят межсекторальными действиями, межсекторальной политикой и межсекторальным управлением. Основываясь на результатах исследований, поступивших в информационные сети,

и на инновационных способах распространения политических решений, т.е. на «диффузии политики», автор статьи приходит к выводу о том, что программа «Здоровые города» может оказать воздействие на местные органы власти, а также на правительственные органы более высокого уровня с целью принятия эффективных принципов межсекторальной работы.

Ключевые слова: ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА, УПРАВЛЕНИЕ, ПОЛИТИКА, МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ, РАВЕНСТВО

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Программа «Здоровые города Европы», проводимая Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1986 года, является примером инноваций в области взаимодействия глобальной и местной политики, и, следовательно, примером настоящего здравоохранения на глобальном и местном уровне (1). С самого начала в программе «Здоровые города Европы» использовались инновационные политики и практики в таких областях, как подготовка медико-санитарных данных, местных планов здравоохранения, управление и перспективы межсекторальной деятельности. Сети «Здоровых городов» были успешно учреждены по

всему миру, и более 10 000 местных органов власти идентифицируют свои города как «Здоровые города» (1). Однако строгие протоколы целевого назначения и аккредитации применялись только в Европейском регионе ВОЗ.

В Европе в данный момент проходит шестая пятилетняя фаза программы «Здоровые города». В ходе оценки каждой из пяти предыдущих фаз рассматривались не только межсекторальные действия, но также такие области, как здоровое городское планирование, участие и расширение прав и возможностей. В настоящей статье представлены научные данные, полученные в ходе этих оценок, об эффективности межсекторальных действий, политики и управления.

КОНТЕКСТ

С самого начала программы для получения права называться «Здоровым городом» требовалось создание руководящего комитета для контроля местных инициатив в области развития здравоохранения. Это условие отражало более широкое признание межсекторальных перспектив как основного направления политики в области здравоохранения. В течение последних четырех десятилетий появилось несколько терминов для описания совместной работы в целях улучшения здравоохранения, таких как межсекторальные и многосекторальные действия; «Здоровая государственная политика» и обеспечение здоровья во всех областях политики (HiAP); а также различные формы управления.

В Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи 1978 г. (2) впервые была официально закреплена острая необходимость в межсекторальных подходах к здравоохранению. Несмотря на то что мировое сообщество в сфере здравоохранения выразило твердую приверженность и поддержку этой декларации, в результате этой поддержки необязательно появлялись фактические данные, свидетельствующие об эффективности межсекторальных подходов в политике, управлении и действиях. Вероятно, «громкие слова и большие амбиции» на самом деле препятствовали простым – межсекторальным – задачам общественного здравоохранения: предотвратить заболевание, продлить жизнь, содействовать укреплению здоровья и сократить разрыв в равном доступе к услугам сферы здравоохранения. В то же время научные знания о межсекторальности еще недостаточно выкристаллизовались в единую согласованную концептуальную основу. Некоторые рассматривают взаимное вовлечение по шкале «создание сетей – координация – взаимодействие – сотрудничество» (3), другие по шкале «изоляция – знакомство – коммуникация – сотрудничество – интеграция» (4). Агентства, отдельные лица, группы и сообщества могут собраться вместе для совместной работы над проблемами здоровья или детерминантами здоровья, но это не всегда означает, что эти действия обусловлены политикой или могут привести к принятию политики.

Исследование, проведенное ВОЗ для выпуска окончательного отчета Комиссии по социальным детерминантам здоровья, показало, что межсекторальные действия в сфере здравоохранения оказались самой слабой из стратегий, которые ассоциируются

с программой «Здоровье для всех» (5). Были отмечены следующие проблемы: вертикальное разделение органов власти; интегрированные программы рассматривались как угроза внутриотраслевым бюджетам, доступу к донорам и функциональной автономии; слабая позиция секторов здравоохранения и окружающей среды во многих правительствах; недостаток экономических поощрений для поддержки комплексных инициатив; государственные приоритеты зачастую определялись с точки зрения политической целесообразности, а не рационального анализа (5). В обзоре было отмечено, что межсекторальные действия в сфере здравоохранения провалились именно потому, что многие страны пытались осуществить межсекторальные действия в сфере здравоохранения независимо от взаимодействующих социальных и политических факторов (5). Дополнительные сложности были вызваны тем, что лица, ответственные за принятие решений в других секторах, жаловались на то, что эксперты в сфере здравоохранения зачастую не могли предоставить количественные фактические данные о специфических видах деятельности, оказывающих воздействие на здоровье, не относящиеся к сфере здравоохранения, в частности, касающихся жилья, транспорта, образования, политики в сфере питания или промышленной политики. Сохранялась глубокая методологическая неопределенность по поводу способа измерения социальных условий и процессов и точной оценки их влияния на здоровье. Проблема осложнялась как закономерной сложностью таких процессов, так и частыми задержками во времени между внедрением социальной политики и наблюдениями за ее влиянием на здоровье населения (5).

Результаты некоторых исследований указывают на то, что достижение политических инноваций, которые необходимы для внедрения системных и устойчивых межсекторальных перспектив в обществе, не может быть осуществлено на национальном уровне или только на одном этом уровне. Исследователи «диффузии политики» (6) утверждают, что местные органы власти проводят политические инновации и рассредоточивают ранее существующую политику: горизонтально для других местных органов власти и вертикально для региональных и национальных органов власти. Например, в 1980-х годах в Нидерландах разработка Политики общественного здравоохранения на национальном уровне потерпела провал, но оказалась эффективной на местном уровне (7). Однако глобальные обязательства, такие

как Киотский протокол и Рамочная конвенция Организации Объединенных Наций об изменении климата или Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, можно рассматривать как ключевые ориентиры для развития новых типов политики. И протокол, и рамочная конвенция получили большую поддержку со стороны местных органов власти, но по большей части только риторическую поддержку на национальном уровне; для достижения целей необходима поддержка на обоих уровнях. Политические инновации не принимают по принципу «снизу вверх» или «сверху вниз», решения о политических инновациях необходимо принимать в процессе «смешанного сканирования» (8, 9), в ходе которого системы дополнительных и двусторонних принципов сдержек и противовесов между уровнями управления создают возможности для изменений.

ПОДХОД

Одновременно с тем, как развивалась программа «Здоровые города Европы», развивались и методологии исследований, используемых для оценки фаз программы (10). Для оценки фазы V программы «Здоровые города» (2009–2013 гг.) был использован метод реалистического синтеза и оценки (10, 11). Реалистический обзор был разработан как стратегия для синтеза научных данных и направлен на разъяснение причин, по которым вмешательства будут эффективными или неэффективными, в каком контексте, каким образом и в каких условиях это будет происходить. Подход отличается от традиционных систематических обзоров, которые могут предоставить научные данные о том, что некоторые вмешательства будут эффективно работать, но не данные об условиях, необходимых для этого.

В реалистическом синтезе однозначно признается важность уникального местного контекста и происходит интеграция существующих научных данных о конкретном феномене в логику программы как для исследований, так и для практических действий (10). В ходе оценки фазы V был использован ряд инструментов исследований, в том числе структурированный подход к множественным тематическим исследованиям, комплексная анкета по общей оценке; извлечение информации из существующих баз данных и анализ использованных инструментов для выработки управленческой информации. На рисунке 1 проиллюстрирована логика програм-

мы оценки фазы V и описаны стадии и связи между элементами процесса работы программы «Здоровые города Европы», а также показано, в какой степени это освещено в полученных научных данных. Что немаловажно, целью реалистического синтеза является не только описание и объяснение *наличия или отсутствия* чего-либо (например, лидерства в области здравоохранения, особых программ или политик в сфере укрепления здоровья, мер в связи с детерминантами здоровья или изменения образа жизни), но также разъяснение *причин* такого отсутствия или наличия. Таким образом, в реалистическом обзоре фазы V были детально исследованы процессы, представленные стрелками на рисунке 1, временная динамика и логика программ. Полные отчеты анализа были опубликованы в разных изданиях (12); в настоящей статье обобщаются появляющиеся фактические данные о межсекторальных перспективах в сфере здравоохранения в рамках программы «Здоровые города Европы».

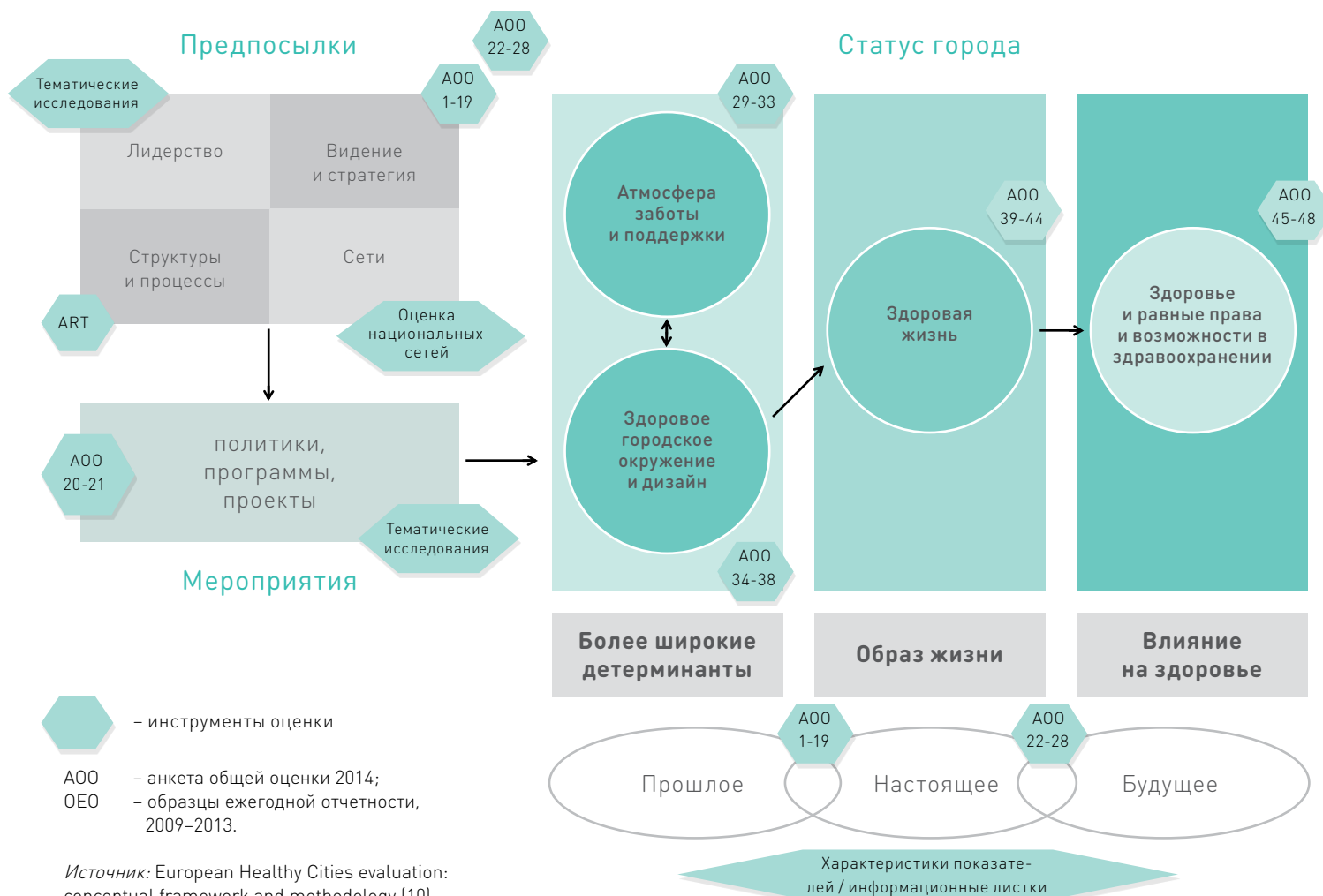
НАБЛЮДЕНИЯ

Единый принцип «межсекторальности» в рамках проекта «Здоровые города» включает три основных концепции – межсекторальное управление, межсекторальную деятельность и межсекторальную политику. Эти концепции отчасти возникли и были проверены в ходе практической реализации движения «Здоровые города» и продолжают оставаться актуальными в деле развития здоровых городов в Европе.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И УПРАВЛЕНИЕ

Межсекторальное управление можно определить как «сумму способов, с помощью которых отдельные лица и учреждения, государственные и частные, управляют связями между их общими делами. Это постоянный процесс, в рамках которого конфликтующие или разные интересы могут быть согласованы, а для решения вопросов могут быть предприняты совместные действия. Он включает предоставление прав официальным учреждениям и режимам для принудительного обеспечения соблюдения правил, а также неофициальные договоренности, либо достигнутые между людьми или учреждениями, либо, по их мнению, служащие их интересам» (13). С самых ранних этапов программы приверженность межсекторальному управлению была одним из критериев «здорового европейского города». Начиная с фазы II

РИСУНОК 1. ЛОГИКА ПРОГРАММЫ: ОЦЕНКА ФАЗЫ V ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА»



Источник: European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology (10), с разрешения авторов.

и далее города должны были предоставлять информацию о том, что они создали межсекторальные руководящие комитеты (МРК) для обеспечения контроля над разработкой политики и мероприятий. (14, 15). Каких-либо особых требований к структуре или составу таких МРК не выдвигается, поскольку их создание обусловлено уникальными местными условиями и требованиями. Для того чтобы выяснить, оправдались ли надежды городов добиться чего-то большего, чем предполагалось их обязательствами, изложенными в официальной заявке, используются шаблонные годовые отчеты. Практически все члены сети указали, что создали МРК, хотя частота заседаний этого органа была различной. В некоторых городах такие заседания проводились лишь раз в год, в других – более регулярно, иногда каждый месяц. В тех городах, где МРК проводил заседания раз в год, роль этого органа была скорее

системообразующей и регуляторной, т. е. заключалась в стимулировании и одобрении разработки политики и мониторинге результатов межсекторального взаимодействия, в то время как МРК, которые проводили встречи более регулярно, обычно принимали непосредственное участие в оперативных аспектах развития партнерств, например в выделении ресурсов и непосредственном руководстве рабочими отношениями.

Важны как стратегические, так и оперативные аспекты межсекторального управления: они более широки и применимы ко всем политическим решениям. Описывая свою структуру многосоставного управления, Hill & Hure (16) определяют эти разные измерения управления как взаимодополняющие требования к эффективной и прозрачной разработке и реализации политики (рис. 2). Межсекторальное

управление находится где-то посередине и представляет собой структуру, в которой скрытые и явные правила на системном уровне («институциональная структура» на рисунке 2) прямо указывают на то, каким образом участники процесса сотрудничества управляют своими контактами (рис. 2). Поскольку программа «Здоровые города Европы» заведомо рассматривалась как естественная лаборатория для изучения политических инноваций в сфере здравоохранения (17), то по прошествии некоторого времени стало понятно, что некоторые конкретные сферы полномочий МРК так и не были четко прописаны. Благодаря этой гибкости возникли разные типы управления и развивались разные практические подходы, в рамках которых проходила проверка и тестирование этих разных уровней и типов управления и устанавливалась их взаимосвязь.

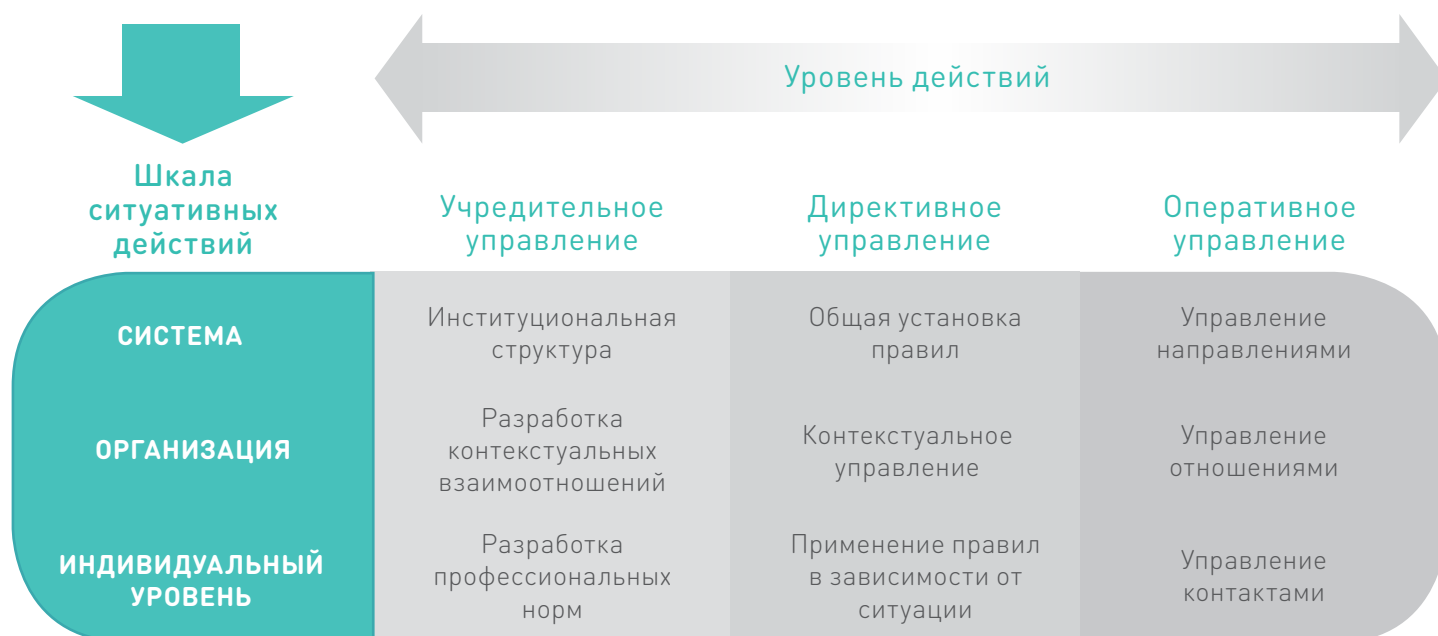
Что касается реальной структуры, определяющей межсекторальное управление в рамках программы «Здоровые города», то все выбранные города обязаны иметь координационный центр. По аналогии с гибким подходом к определению сферы полномочий МРК Всемирная организация здравоохранения не определила конкретные ожидания в связи с местом этого центра в организационной структуре. До сих пор ведутся споры о том, должен ли этот координационный орган иметь прямое отношение к исполнительному комитету местных органов вла-

сти, например представлять собой штатный отдел в управлении мэра города (рис. 3, модель А), или быть линейным подразделением на относительно высоком иерархическом уровне, способным координировать деятельность в правительстве (рис. 3, модель В). Обе модели могут служить конкретным целям в зависимости от характеристик и зрелости «здорового города». В ходе оценки фазы V был выявлен еще один тип структуры управления, в соответствии с которой «здоровые города» проводят все более интегрированную работу и передают ответственность за межсекторальную деятельность в сфере здравоохранения как правительственным органам, так и гражданскому обществу (9).

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ

Межсекторальные действия предполагают вовлечение соответствующих секторов, работающих как в сфере государственной политики, так и вне ее, в осуществление мероприятий, программ и проектов, имеющих многоаспектный характер. Например, проблема ожирения связана с выбором образа жизни, но ее также необходимо решать путем структурных вмешательств для изменения условий, приводящих к развитию ожирения (18), например, в сфере общественного транспорта, безопасности продуктов питания и развития сообществ. В идеале для этого необходимо создание политического и управленческого контекста, основанного

РИСУНОК 2. СТРУКТУРА МНОГОСОСТАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ



Источник: Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy (17), с разрешения авторов.

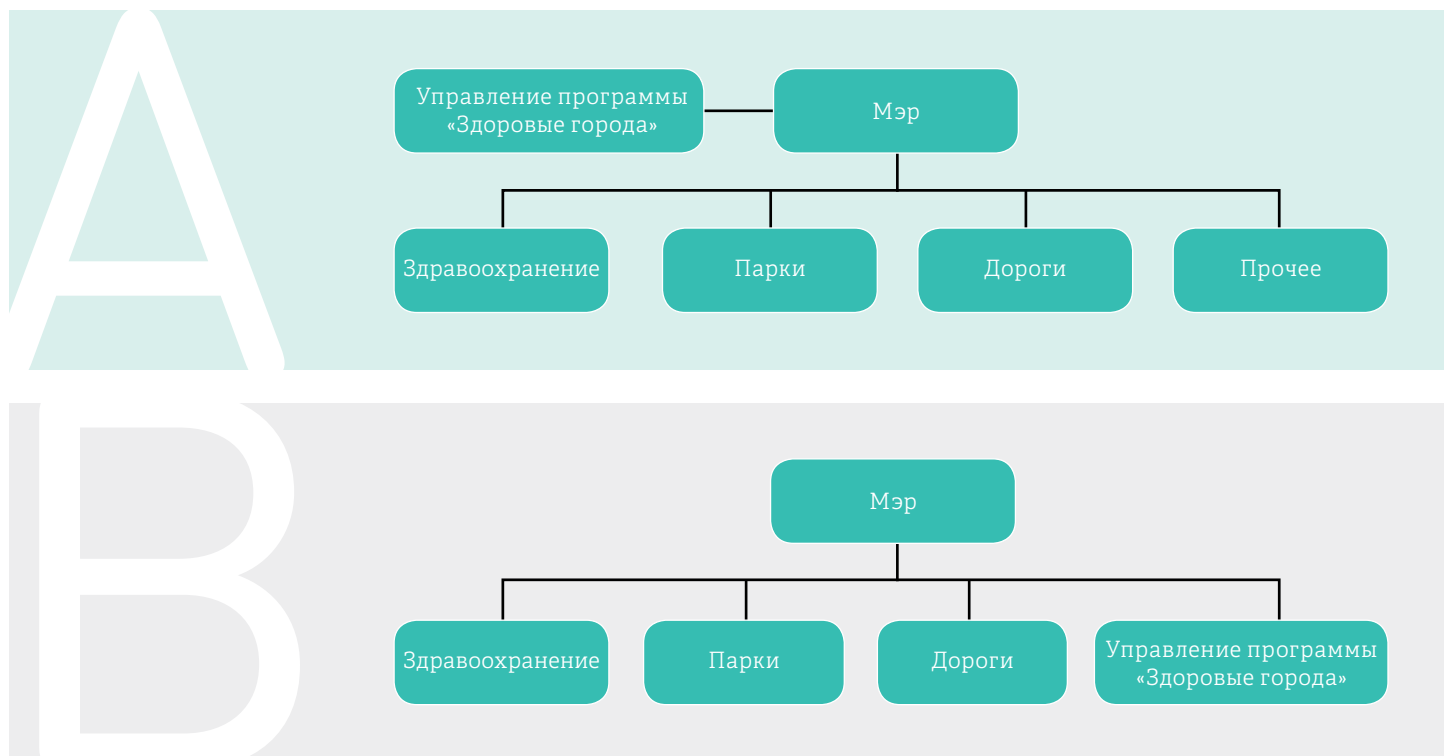
на принципах HiAP (учет интересов здоровья во всех сферах политики), описанных ниже, а также важно, чтобы заинтересованные стороны из разных секторов эффективно сотрудничали между собой.

Lipp, Winters и de Leeuw (16) отмечают, что в период с фазы II до фазы IV программы «Здоровые города Европы» межсекторальная деятельность расширилась и усилилась. Например, в 31 городе, участвующем в фазах III и IV, расширились масштабы партнерств, работающих во всех исследуемых секторах: медицинские услуги, социальные услуги, образование, городское планирование, движение волонтеров, защита окружающей среды, транспорт и экономическое развитие. Farrington, Faskunger и Mackiewicz (19) отмечают, что в ходе реализации фазы V в процессе решения вопросов профилактики неинфекционных заболеваний «Здоровые города» совершенно очевидно проводили согласованную межсекторальную работу и по решению второстепенных детерминант здоровья. Авторы обнаружили, что «Здоровые города Европы» признают, что для облегчения принятия решений о здоровом образе жизни необходимо соответствующее структурирование первоочередных детерминант здоровья.

Например, вмешательства в сложившуюся среду, чтобы облегчить выбор в пользу активной жизни, включали инвестиции в развитие городских спортивных сооружений и тренажерных залов, в инфраструктуру вторичной переработки отходов и создание пешеходных зон.

Таким образом, последующие оценки программы «Здоровые города Европы» показывают, что местные органы власти не только принимают идею межсекторальной работы путем создания и поддержания соответствующих правительственных структур, но и все чаще выделяют ресурсы на оперативную деятельность для решения комплексных проблем в динамичном партнерстве. Логика реалистичного синтеза предполагает включение существующих (систематических) данных в новые контекстуализированные исследования. Настоящее исследование подтверждает, что с ростом межсекторального управления на высшем уровне местные органы власти в странах Европы более успешно решают проблемы социальных детерминант здоровья. В свою очередь, это, вероятно, приведет к повышению эффективности и устойчивости в процессе решения сегодняшних проблем здравоохранения.

РИСУНОК 3. ДВЕ МОДЕЛИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ В ЗДОРОВЫХ ГОРОДАХ



МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И ПОЛИТИКА

Представления о межсекторальной политике в сфере здравоохранения развивались в течение многих лет. В Оттавской хартии по укреплению здоровья был отмечен тот факт, что государственная политика практически в каждом секторе может повлиять – положительно или отрицательно – на здоровье. Признание этого факта в хартии вылилось в призыв «Проводить государственную политику, учитывающую интересы здоровья», были полностью признаны и учтены последствия всех компонентов государственной политики – будь то сельское хозяйство, транспорт, экономика, юстиция и т.д. – для здоровья. Идея «государственной политики с учетом интересов здоровья» эволюционировала в HiAP. Существует несколько вариантов определения HiAP (20), но на международном уровне было согласовано, что это «такой подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает воздействия политических решений на здоровье и системы здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных воздействий на здоровье с целью укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Он направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на системы здравоохранения, детерминанты здоровья и благополучие людей» (21).

«Здоровые города» с энтузиазмом участвуют – и не просто на словах – в разработке политики здравоохранения и политики «Справедливость в отношении здоровья во всех секторах» (14). Используя надежные основы, заложенные различными политическими заявлениями в рамках программы «Здоровые города» за многие годы, в том числе положения недавней Афинской декларации (22), местные органы власти работают с самыми разными заинтересованными сторонами из государственного сектора и гражданского общества для разработки таких политик. В Афинской декларации мэры и политические представители городов заявили: «В мире, который становится все более урбанизированным и взаимозависимым, мы обязуемся обеспечить личное и коллективное лидерство, чтобы наши города стали здоровыми, безопасными, справедливыми, инклюзивными, жизнеспособными и устойчивыми». Почти

три десятилетия реализации программы «Здоровые города» совершенно очевидно оставили наследие, помогающее этой программе эффективно руководить политикой и логистикой межорганизационной работы. Это полностью зависит от наличия сильных и в то же время гибких механизмов управления и действительной приверженности межсекторальному компоненту действий (23).

Среди фактических данных о разработке и реализации межсекторальной политики в рамках программы «Здоровые города» (24) была замечена интересная взаимосвязь между традиционными подходами к здравоохранению, такими как программа по пропаганде активного образа жизни в Ижевске, Российская Федерация, и инициативами, в которых сектор здравоохранения принимал опосредованное участие, такими как программа обеспечения устойчивости в г. Амаруссион, Греция. Детальное описание можно найти в самых разных источниках (25). Это и является четким посылом для эффективной разработки HiAP – сектор здравоохранения имеет потенциал для совместной разработки, перераспределения полномочий или даже отказа от «права собственности» на политические инициативы, выходящие за рамки его традиционных полномочий. Программа «Здоровые города» демонстрирует, что такие действия не мешают, а наоборот усиливают прочность потенциала сектора здравоохранения по выработке политики.

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Программа «Здоровые города Европы» достигла заметного прогресса в межсекторальных действиях, политике и управлении на всех фазах реализации за последние десятилетия. Этот прогресс можно отнести на счет сильного, но гибкого руководства со стороны ВОЗ и сети «Здоровых городов». Это было обнаружено в ходе предыдущих оценок программы «Здоровые города Европы», например в ходе фазы II, когда оценивались сети городов (25), и фазы IV, когда изучались эпистемические сообщества (14). Гибкость структуры и сферы полномочий, например МРК и Координационных центров программы «Здоровые города» позволили добиться прогресса в сильно различающихся условиях в странах Европы. Учитывая существующие данные о горизонтальной и вертикальной диффузии политики (6), этот нова-

торский подход следует распространять через сети местных органов власти и продвигать на уровень региональных и национальных правительств.

Необходимы дальнейшие исследования и мониторинг для отслеживания этих событий, а инновации все еще нуждаются в тщательной оценке. Развитие и реализация принципов HiAP на местном, национальном и международном уровнях необходимо поддерживать с помощью разработки мощных концептуальных основ и соответствующей методологии (26). Однако работа, проделанная на сегодняшний день, позволяет сделать вывод о том, что межсекторальные действия, политика и управление возможны, эффективны и влияют на обеспечение здоровья на глобальном и местном уровне. Программа «Здоровые города Европы» и работа Европейского регионального бюро ВОЗ по руководству их развитием – это долгосрочные программы, позволяющие получить информацию, которые демонстрируют, что проблемы и ограничения межсекторальной деятельности можно преодолеть.

Выражение признательности: готовя эту статью, я «стояла на плечах гигантов» и особенно благодарна специалистам, в сотрудничестве с которыми проводились оценки фазы IV и фазы V, указанным в качестве соавторов в пункте (11).

Источники финансирования: финансовую поддержку для проведения оценки программы «Здоровые города» оказало Европейское региональное бюро ВОЗ, а помощь в материальной форме оказали научные институты и отдельные лица из разных стран мира, места работы которых указаны в пункте (11).

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- de Leeuw E. Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme. *Glob Change Hum Health*. 2001;2(1):34–45. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1011991014805.
- Алма-Атинская декларация, 1978 г. [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, по состоянию на 27 июля 2015 г.).
- The partnerships analysis tool: for partners in health promotion [website]. Melbourne: VicHealth; 2011 (<https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/the-partnerships-analysis-tool>, accessed 27 July 2015).
- Hudson B, Hardy B. What is a 'successful' partnership and how can it be measured? In: Glendinning C, Powell M, Rummery K, editors. *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*. Bristol: Policy Press; 2002:51–65.
- Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. *Social determinants of health discussion paper 1*. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500876_eng.pdf, accessed 27 July 2015).
- Shipan CR, Volden C. The mechanisms of policy diffusion. *Am J Pol Sci*. 2008;52(4):840–57. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5907.2008.00346.x.
- de Leeuw E, Polman L. Health policy making: the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 1995;40(3):331–38. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0094-9.
- Etzioni A. Mixed-scanning: a 'third' approach to decision-making. *Public Adm Rev*. 1967;27(5):385–92. doi:http://dx.doi.org/10.2307/973394.
- Etzioni A. Mixed scanning revisited. *Public Adm Rev*. 1986;46(1):8–14. doi:http://dx.doi.org/10.2307/975437.
- de Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i8–i17. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav036.
- de Leeuw E, Green G, Tsouros A, Dyakova M, Farrington J, Faskunger J et al. Healthy Cities Phase V evaluation: further synthesizing realism. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i118–24. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav047.
- de Leeuw E, Tsouros A, Green G, editors. *Intersectoral Governance for Health and Equity in European Cities – Healthy Cities in Europe*. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i1–i125 (http://heapro.oxfordjournals.org/content/30/suppl_1.toc, accessed 31 July 2015).
- Commission on Global Governance. *Our global neighbourhood: the report*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Heritage Z, Green G. *European national healthy city networks: the impact of an elite epistemic community*.

- J Urban Health. 2013;90 (Suppl 1):154–66. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-012-9777-4>.
15. Lipp A, Winters T, de Leeuw E. Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. *J Urban Health*. 2013;90(Suppl 1):37–51. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-011-9647-5>.
 16. Hill M, Hupe P. Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy. *Policy Polit*. 2006;34(3):557–73. doi:<http://dx.doi.org/10.1332/030557306777695280>.
 17. Tsouros AD. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. *Health Promot Int*. 1995;10(2):133–41.
 18. Kirk SF, Penney TL, McHugh TL. Characterizing the obesogenic environment: the state of the evidence with directions for future research. *Obes Rev*. 2010;11(2):109–17. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00611.x>.
 19. Farrington J, Faskunger J, Mackiewicz K. Evaluation of risk factor reduction in a European City Network. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i86–i98. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav038>.
 20. de Leeuw E. Health in All Policies: from the global to the local. Washington (DC): Pan American Health Organization; in press.
 21. Tang KC, Ståhl T, Bettcher D, De Leeuw E. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in all policies: from rhetoric to action. *Health Promot Int*. 2014; 29(Suppl 1):i1–i8. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau051>.
 22. Tsouros AD. Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i3–i7. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav046>.
 23. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM. Health in All Policies, the social determinants of health and governance. In: McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, accessed 28 July 2015).
 24. de Leeuw, E, Green, G, Spanswick, L, Palmer N. Policymaking in European healthy cities. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i18–i31. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav035>.
 25. Capello R. The city network paradigm: measuring urban network externalities. *Urban Stud*. 2000;37(11):1925–45. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713707232>.
 26. de Leeuw E, Peters D. Nine questions to guide development and implementation of health in all policies. *Health Promot Int*. In press. doi:10.1093/heapro/dau034.