



ЕВРОПА

Европейский региональный комитет Пятьдесят девятая сессия

Копенгаген, 14–17 сентября 2009 г.

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC59/8

24 июля 2009 г.

90429

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ

В последние несколько лет в Европейском регионе ВОЗ вышеуказанный вопрос обсуждался неоднократно, что нашло отражение в ряде документов. В широком смысле, стратегическое управление здравоохранением можно рассматривать с двух точек зрения: международной и национальной. На пятьдесят восьмой сессии Регионального комитета состоялись обширные обсуждения того, какие меры могут быть приняты государствами-членами для повышения роли и влияния руководящих органов здравоохранения и особенно министерств здравоохранения. Системы здравоохранения постоянно развиваются, в результате чего формируются новые функции и обязанности государственных органов в отношении охраны общественного здоровья и развития систем здравоохранения на национальном и наднациональном уровнях. Число механизмов, стратегий и подходов, которыми государства-члены располагают для достижения целей политики в области здравоохранения, постоянно возрастает.

Стратегическое управление здравоохранением на международном уровне также является важнейшей предпосылкой для обеспечения высокого уровня здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ. В этом контексте важно обсудить роль Европейского регионального бюро ВОЗ как одного из звеньев Организации в целом и как партнера в проведении важных мероприятий совместно с Европейским союзом, Организацией экономического сотрудничества и развития и многими другими заинтересованными сторонами, такими как Глобальный фонд для борьбы с туберкулезом, малярией и ВИЧ/СПИДом, Европейским центром профилактики и контроля заболеваний. Обсуждения данного вопроса на 59-й сессии Регионального комитета будут в основном касаться следующих вопросов: Какая роль Европейского регионального бюро ВОЗ будет наиболее полезной для государств-членов? Какие меры Европейское региональное бюро ВОЗ может принять для того, чтобы в нынешней ситуации, характеризующейся процессами глобализации, международным кризисом и усилением стремления людей к справедливости, давать государствам-членам наилучшие стратегические рекомендации и оказывать поддержку, а также служить для них источником вдохновения? Как лучше всего развивать партнерства с другими международными организациями в целях достижения максимально возможного уровня здоровья в Европейском регионе? Какие организационные механизмы могут обеспечить выполнение вышеуказанных задач и помочь ЕРБ ВОЗ в достижении этих целей наиболее эффективным образом?

Дискуссия по этому вопросу будет проходить в два этапа. Первый этап (анализ и разработка предложений по совершенствованию механизмов стратегического управления) состоится на нынешней сессии Регионального комитета. Любые решения по таким предложениям могут быть приняты Региональным комитетом на шестидесятой сессии в следующем году, когда новый Региональный директор официально вступит в свою должность. Поэтому на данном этапе вынесение проекта резолюции по данному вопросу на рассмотрение Регионального комитета не предусматривается.

Содержание

Стр.

Введение.....	1
Вопросы политической теории, относящиеся к стратегическому управлению здравоохранением в государствах-членах и на наднациональном уровне	3
Управление работой Европейского регионального бюро ВОЗ: оценка ситуации.....	7
Вопросы и рекомендации	11
Общие вопросы, касающиеся стратегического управления.....	12
Вопросы стратегического управления на уровне Европейского регионального бюро ВОЗ.....	13
Библиография	14
Приложение 1. Связь между резолюциями, принятыми Европейским региональным комитетом ВОЗ и Всемирной ассамблеей здравоохранения в период 2004–2008 гг.	17
Приложение 2. Краткое резюме и основные результаты опроса, проведенного с целью выявления степени удовлетворенности государств-членов	20
Приложение 3. Членство в Исполнительном комитете: распределение мест, предназначенных для Европейского региона ВОЗ, и критерии отбора кандидатов	28

Введение

1. Каким образом обеспечивается стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ? Какую ответственность за состояние здоровья населения несут государства-члены? Какими процессами государства-члены хотят пользоваться при принятии решений по вопросам, относящимся к здравоохранению? Центральный тезис этого документа состоит в том, что ВОЗ должна играть важную роль в поддержке стратегического управления здравоохранением в странах, в то же время учитывая предпочтения государств-членов относительно того, какие функции ВОЗ (и другие учреждения) должны выполнять в поддержку их деятельности в этом направлении? Какова роль Международных медико-санитарных правил в сравнении с другими национальными и наднациональными правилами и положениями? В идеале для ответа на эти и подобные вопросы в этом документе должны быть рассмотрены следующие аспекты: (i) общее состояние стратегического управления здравоохранением в Европе; (ii) имеющиеся фактические данные о том влиянии, которое это управление оказывает на здоровье жителей европейских стран; (iii) то конкретное влияние на процессы стратегического управления, которое оказывает Европейское региональное бюро ВОЗ и другие международные организации. К сожалению, ни масштабы данного документа, ни имеющиеся фактические данные не позволяют провести столь глубокий анализ данного вопроса.

2. Обсуждение вопросов стратегического управления в сфере здравоохранения отражает тематику текущих дискуссий, касающихся более широкого круга новых проблем и трудностей, с которыми сталкиваются государства на современном этапе, а также динамики развития взаимоотношений между государством и обществом (1,2,3,4). Преодолевая эти препятствия и трудности, страны и наднациональные организации разрабатывают творческие, инновационные подходы к оптимизации стратегического управления (5,6,7,8).

3. Хотя руководство (governance) и стратегическое управление (stewardship) – одна из четырех функций системы здравоохранения, изложенных в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.”, не обозначают одно и то же, на основе аргументов делегатов, которые считают, что второй термин и его перевод на другие языки связан с определенными трудностями, Европейский региональный комитет на своей пятьдесят восьмой сессии принял решение рассматривать их как синонимы. Руководство (governance) было первоначально определено Программой развития Организации Объединенных Наций как применение политических, экономических и административных полномочий в управлении делами страны на всех уровнях (6). В свою очередь, стратегическое управление (stewardship) было вначале определено как функция государства по обеспечению благосостояния населения, выполняемая так, чтобы предпринимаемые с этой целью действия воспринимались гражданами как легитимные и заслуживающие доверия, а в последнее время как “роль правительства в области здравоохранения, включая его взаимоотношения с другими заинтересованными сторонами, деятельность которых влияет на здоровье населения” (9).

4. Первоначально функция управления и руководства в основном рассматривалась как катализатор для других функций системы здравоохранения. Стратегическому управлению придавалось большое значение, так как считалось, что оно позволяет формировать интересы заинтересованных сторон и повышать уровень эффективности предоставления услуг, финансирования и прилагаемых усилий. Оно также рассматривалось как механизм, позволяющий регулировать взаимодействия между различными элементами системы и различными заинтересованными сторонами в условиях прозрачности и подотчетности (10). Однако результаты недавно проведенных

исследований выходят за рамки объяснений и указывают на прямую связь между улучшением здоровья населения и другими результатами деятельности системы здравоохранения, такими как отзывчивость, финансовая защита и эффективность. Этот акцент на взаимосвязи между совершенствованием управления и основными результатами деятельности систем здравоохранения имеет самое прямое отношение к положениям и рекомендациям Таллиннской конференции по системам здравоохранения: “Системы здравоохранения—здоровье—благополучие” (11).

5. Однако, как хорошо известно, улучшение состояния здоровья населения можно измерить с помощью таких параметров, как его уровень и распределение. Что касается уровней здоровья, то была выявлена позитивная корреляция между надлежащим управлением и лучшим состоянием здоровья населения и между надлежащим управлением и более низкой младенческой смертностью (12), но, как показывают данные по Европейскому региону, в том, что касается распределения здоровья, ситуация является более сложной. Несмотря на четкое улучшение в последние несколько десятилетий таких показателей, как средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении и ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рассмотрении данных в разбивке по конкретным параметрам, продолжают наблюдаться резкие различия (13). Различия между социальными группами, между странами, между регионами внутри стран и между городами (и даже между кварталами) имеются в Европейском регионе, в том числе в Европейском союзе (ЕС) – группе самых богатых стран. Не может не тревожить тот факт, что различия между государствами-членами и внутри них возрастают. Почему неравенство в отношении здоровья является такой сложной проблемой (14) и почему эти различия так трудно устранить? Прежде всего для того, чтобы предпринять эффективные меры, необходимо более глубокое понимание того, какая связь существует между неравенством в отношении здоровья и стратегическим управлением здравоохранением.

6. Таким образом, стратегическое управление здравоохранением – это важнейший элемент для обеспечения здоровья населения Европейского региона ВОЗ и, собственно говоря, любого общества. Именно поэтому в последние годы Региональное бюро подготовило ряд документов, выражающих приверженность работе в области стратегического управления здравоохранением и систем здравоохранения, включая следующие:

- Будущая деятельность Европейского регионального бюро ВОЗ (документ EUR/RC56/11);
- Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г. (документ EUR/RC55/8);
- декларации и хартии, многие из которых одобрены резолюциями Регионального комитета, содержащие описание направлений деятельности и стратегий в различных тематических областях: (Будапештская декларация по окружающей среде и охране здоровья, 2004 г. (резолюция EUR/RC54/R3); Европейская декларация по охране психического здоровья: проблемы и пути их решения, 2005 г. (резолюция EUR/RC55/R2); Варшавская декларация “За Европу без табака”, 2002 г. (резолюция EUR/RC52/R12); декларация “Молодежь и алкоголь”, 2001 г. (резолюция EUR/RC51/R4); Европейская хартия по борьбе с ожирением, 2006 г. (резолюция EUR/RC57/R4); Берлинская декларация по туберкулезу, 2007 г.; Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, 2004 г.;
- Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благополучия, 2008 г.; и

- Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (документ EUR/RC58/9) и соответствующая резолюция Регионального комитета (резолюция EUR/RC58/R4).

7. В других недавних публикациях Регионального бюро эти вопросы были рассмотрены с теоретической точки зрения (15). Важность надлежащего управления межсекторальной деятельностью в интересах здоровья была подчеркнута в концепции учета интересов здоровья во всех стратегиях, инициированной и разработанной ЕС во время председательства Финляндии в Совете ЕС и одобренной государствами-членами на совместном совещании ВОЗ и ЕС в Риме в 2007 г. (16), а также в Таллиннской хартии “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния”, подписанной рядом партнеров под эгидой ВОЗ.

8. Данный документ по вопросам стратегического управления здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ посвящен общему анализу ключевых аспектов, относящихся к данной теме, которые дополнительно проиллюстрированы и поддерживаются рядом документов по конкретным областям, которые также будут обсуждены на пятьдесят девятой сессии Регионального комитета, а именно:

- Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ;
- Выполнение Международных медико-санитарных правил в Европейском регионе ВОЗ;
- Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

9. В настоящем документе вопросы стратегического управления здравоохранением вначале будут проанализированы с точки зрения политической теории, а затем результаты этого анализа будут использованы в обсуждении роли Регионального бюро. После этого на рассмотрение делегатов будет вынесен ряд рекомендаций и предложений о конкретных изменениях практики в рамках Региона. Поэтому документ состоит из двух основных разделов: (i) краткого теоретического обзора стратегического управления здравоохранением в государствах-членах и на наднациональном уровне; (ii) оценки стратегического управления на уровне Европейского регионального бюро ВОЗ.

10. С учетом результатов недавно состоявшихся в Регионе обширных дискуссий по данному вопросу в документе будет использовано сочетание (в основном) описательного/аналитического подхода (“анализ нынешнего состояния дел”) и (в меньшей степени) предписывающего подхода (“каким это состояние должно быть”). Этот документ был рассмотрен Постоянным комитетом Регионального комитета и сейчас выносится на рассмотрение пятьдесят девятой сессии Регионального комитета. Документ будет обсужден в ходе сессии в сентябре 2009 г., однако на этом этапе каких-либо заключительных решений приниматься не будет. Решения относительно рекомендаций, сделанных Региональным комитетом в 2009 г., будут приняты на шестидесятой сессии Регионального комитета в Москве в 2010 г.

Вопросы политической теории, относящиеся к стратегическому управлению здравоохранением в государствах-членах и на наднациональном уровне

11. Концепция управления была первоначально разработана рядом социальных дисциплин, главным образом такими как политология, организационная теория и

экономика (17). Впоследствии это термин стал охватывать различные значения, и в конечном итоге превратился в зонтичный термин, включающий различные аспекты. Многие авторы (18) выделяют в этом термине три значения: (i) теория, которая помогает аналитикам понимать новые тенденции в отношениях между государством и обществом; (ii) динамический результат, обеспечиваемый с помощью сложных процессов управления, координации и постановки целей, используемых сейчас для управления обществом; (iii) структура, то есть сложная система иерархических и рыночных взаимоотношений, сетей и организованных групп, участвующих в оказании гражданам широкого спектра услуг в современном обществе.

12. Рассматривают ли европейские государства-члены стратегическое управление здравоохранением как их исключительное право и/или обязанность или же они предпочитают осуществлять такое управление в сотрудничестве с международным сообществом? Рассматривают ли они стратегическое управление здравоохранением главным образом с позиций теории, процессов или структуры или сочетания всех этих элементов? Если управление здравоохранением рассматривается ими как теоретическая концепция, важно выяснить, каким образом обеспечивается стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ и какие функции и обязанности государства-члены действительно имеют и хотят иметь применительно к управлению здравоохранением и системами здравоохранения на национальном и наднациональном уровнях. В чем, по их мнению, заключаются надлежащие функции государства и что относится к сфере личной ответственности? Как отмечалось, в этом документе и в других уже упомянутых публикациях имеется обильный материал для рассмотрения этого вопроса в политическом плане, однако мы пока располагаем очень ограниченным объемом эмпирических данных.

13. Рассматривая управление как динамический процесс регулирования и координации политики в области здравоохранения, первый вопрос заключается в том, способны государственные органы в одиночку улучшить здоровье населения в традиционном понимании этого понятия. Собственно говоря, общественное мнение, средства массовой информации и многие национальные политики чаще всего приписывают государству в целом и министерству здравоохранения и его руководящему составу в частности ответственность за состояние здравоохранения в стране (и требуют их отставки, когда в этой области возникает серьезная проблема). Еще один вопрос заключается в том, является ли общая функция государства возглавлять и контролировать политику здравоохранения по-прежнему неограниченной или она уменьшается под влиянием новых социальных сил, и если это так, то насколько значительными являются связанные с этим изменения.

14. Ответы на приведенные выше вопросы являются многоаспектными. Во-первых, даже на национальном уровне само понимание детерминантов здоровья (генетические факторы, физическая и социальная среда обитания, поведенческие аспекты, уровень медицинского обслуживания и т.д.) (19,20) ставят под сомнение ограничительную концепцию стратегического управления здравоохранением в государствах-членах и на наднациональном уровне; научные данные и опыт показывают, что здоровье населения формируется под влиянием деятельности множества различных государственных и частных субъектов в других секторах (например, относящихся к образованию, жилью, занятости и сельскому хозяйству). Недавно проведенное исследование подтвердило, что на показатели, связанные с медицинским обслуживанием, приходится примерно 44–57% различий в ожидаемой продолжительности жизни, используемой в качестве количественного показателя здоровья, а оставшаяся доля таких различий приходится на немедицинские детерминанты здоровья (21). Кроме того, в настоящее время ввиду сложных процессов глобализации ни одну страну нельзя рассматривать как “полностью ответственной” за состояние здоровья своих граждан (22). Государства и частный сектор

на национальном и международном уровнях принимали и продолжают принимать участие в сложных процессах реформирования систем здравоохранения во всех частях мира.

15. Что касается функций нормативного регулирования в процессе дискуссии о роли государств-членов в стратегическом управлении здравоохранением, то возникает вопрос о том, не должны ли эти функции быть в большей степени ориентированы на регулирование и координацию действий многочисленных задействованных сторон в отличие от подхода, направленного на монополизацию мероприятий и стратегий. Более того, концепция ВОЗ всегда основывалась на принципах многосекторальности, и в настоящее время эту концепцию разделяют множество заинтересованных сторон, о чем, в частности, свидетельствуют такие вышеупомянутые документы, как “Оценка воздействия на здоровье” (23) и Декларация об учете интересов здоровья во всех стратегиях. Этот же самый принцип лежит в основе определения системы здравоохранения, озвученного на Таллиннской конференции¹. В настоящее время широко распространены призывы к правительствам принимать во внимание интересы, мнения и ожидания заинтересованных сторон и, в частности, принимать меры к тому, чтобы повысить отзывчивость систем здравоохранения к пожеланиям и выбору граждан, а также к знаниям профессиональных работников здравоохранения.

16. Если под управлением понимается не теория или процесс, а структура (сложная система иерархических и рыночных взаимоотношений, сетей и организованных групп), то вопрос “За что же в самом деле отвечают государства-члены?” следует рассматривать под новым углом. Государственные органы в Европе и в других частях мира функционируют с использованием различных моделей, одна из которых основывается на прямом иерархическом управлении, в то время как другие в большей степени полагаются на рыночные силы, государственно-частные партнерства и т.д. В этом контексте механизмы и стратегии, используемые правительствами для достижения своих целей в области здравоохранения, развились в такой мере, что многие комментаторы в настоящее время определяют управление как “набор старых и новых средств и инструментов, с помощью которых могут быть достигнуты цели государственной политики” (24,25,26). Поэтому формирование согласованной нормативно-правовой базы для обеспечения качества предоставляемых услуг и надлежащего поведения всех участников и заинтересованных сторон, а также принятие решения о том, должно ли это обеспечиваться путем “прямого управления” или с помощью других методов регулирования, включая делегирование полномочий, цели и санкции, являются важнейшими элементами стратегического управления. С этой точки зрения задача будет заключаться в обеспечении оптимальной сбалансированности стимулов, целей и санкций и, следовательно, в практическом использовании старых и новых механизмов регулирования, начиная от прямого управления со стороны правительства и заканчивая регулированием с помощью полностью или частично независимых структур, а также механизмов саморегулирования, совместного регулирования и т.д. (27).

17. Последний связанный с этим вопрос заключается в создании таких механизмов подотчетности, чтобы различные участники и заинтересованные стороны, включая само правительство, несли ответственность за свои действия с различных точек зрения (финансовой, политической, демократической, эффективности деятельности и т.д.) (28).

¹ “В политических и институциональных рамках каждой страны система здравоохранения – это совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать, сохранять или восстанавливать здоровье людей. Системы здравоохранения включают предоставление как индивидуальных, так и общественных услуг, а также действия по оказанию влияния на политику и деятельность других секторов, с тем чтобы в них уделялось необходимое внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья”.

В заключение можно отметить, что надлежащее управление современными системами здравоохранения требует, чтобы все заинтересованные стороны несли ответственность как за процессы и процедуры, так и за результаты и соблюдение финансовой дисциплины (29). Важнейшей задачей в этой связи является четкое определение субъектов ответственности, надлежащее информационное обеспечение и применение соответствующих санкций (30) в этом очень сложном сценарии с рядом разветвленных решений и с участием многочисленных заинтересованных сторон. В принципе это положение в определенной степени должно относиться и к управлению здравоохранением на международном уровне.

18. Ответственность за международное управление здравоохранением часто приписывается только целевым международным учреждениям, но в последнее время были выдвинуты предложения о том, что такая функция правительств, как стратегическое управление здравоохранением, может также выполняться на транснациональном уровне посредством оказания помощи другим государствам, нуждающимся в ней, или путем возглавления усилий по решению глобальных вопросов здравоохранения (31). Может ли это означать, что некоторые международные учреждения могут иметь довольно поверхностные отношения со странами, в то время как другие учреждения будут иметь более глубокие связи? Различия могут быть также проведены между наднациональными органами применительно к вопросам здравоохранения. Так, например, некоторые наднациональные организации (Организация Объединенных Наций и Организация экономического сотрудничества и развития) в основном выполняют представительскую функцию и функцию морально-этического воздействия в решении вопросов здравоохранения, в то время как другие органы действительно принимают стратегические решения по вопросам, способным оказать прямое и косвенное воздействие на здоровье людей. Так, например, европейские органы (ЕС и другие учреждения, включая Европейскую комиссию (ЕК) и председательство Совета ЕС) играют существенную роль в вопросах здравоохранения и не только через их системы здравоохранения (за которые в соответствии с принципом субсидарности главную ответственность в рамках ЕС несут 27 государств - членов ЕС), но и через их действия в таких областях, как сельское хозяйство, торговля и денежно-кредитная политика, которые оказывают прямое или косвенное влияние на здоровье населения.

19. Знаний о влиянии этих аспектов политики на здоровье граждан ЕС недостаточно. Было бы желательно провести анализ того, как национальные и наднациональные структуры дополняют друг друга в их работе, направленной на достижение таких целей, как улучшение здоровья населения и повышение таких функциональных составляющих системы здравоохранения, как обеспечение финансовой защиты населения и отзывчивость. Изучение опыта, связанного с недавно имевшим место расширением ЕС, может дать всем странам Региона ценную информацию относительно успеха или неудачи тех или иных конкретных стратегий (например, в области питания, окружающей среды и т.д.). ВОЗ могла бы, например, приводить убедительные доводы в пользу систематической оценки недавних важных событий и стратегических разработок в области здравоохранения на уровне ЕК или принять участие в деятельности по выполнению положений Директивы по трансграничным вопросам медицинского обслуживания населения.

20. Аналогичные соображения применимы и к деятельности совета Содружества независимых государств (СНГ) в области здравоохранения. Совет СНГ имеет меньший круг полномочий по сравнению с ЕС, однако представляется целесообразным проанализировать ту роль, которую он играет в сфере здравоохранения, и то воздействие на здоровье людей, которое оказывает принимаемая им общая стратегия, а также выяснить, проводились ли какие-либо оценки такого воздействия. В данном документе не рассматривается членство стран в любых других наднациональных группах, мандат

которых не имеет прямого отношения к здравоохранению. С другой стороны, само существование субрегиональных географических группировок, например объединяющих Балтийские, Скандинавские, Балканские или Кавказские страны, связано с возникновением интересных проблем: в этих странах уже имеются учреждения (такие, например, как Северный Совет) с кругом полномочий, затрагивающих сектора, имеющие определенное влияние на здоровье граждан. Другим примером такого рода является Шанхайская организация сотрудничества, в рамках которой Российская Федерация сотрудничает со странами Центральной Азии и Китаем по широкому кругу вопросов, включая общественное здравоохранение. В настоящем документе субрегионализация рассматривается как явление, являющееся нейтральным с точки зрения влияния на здоровье населения.

21. В заключение следует отметить, что несмотря на существенный прогресс в этой области в последнее время (32), усилия по качественной оценке стратегического управления на национальном и международном уровнях пока что находятся на разной стадии (33). Работа в этом направлении должна, безусловно, быть продолжена. Одной из важнейших целей обсуждений, имевших место после Таллиннской конференции, было углубление понимания взаимоотношений между функциями системы здравоохранения, а также содействие усилиям, направленным на количественную и качественную оценку этих взаимоотношений. Таким образом, учет различных аспектов стратегического управления придает новую грань обсуждениям, касающимся показателей эффективности деятельности системы здравоохранения (34,35).

Управление работой Европейского регионального бюро ВОЗ: оценка ситуации

22. Основополагающие вопросы, которые должны быть рассмотрены в данном документе, включают следующее: (i) является ли оптимальным нынешнее стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ? (ii) имеются ли в Региональном бюро потенциальные недостатки, которые могут ослабить его? и (iii) могут ли более совершенные механизмы различного вида улучшить результаты? В отсутствие достоверных количественных данных, которые позволили бы определить конкретные функции, которые ВОЗ, по мнению государств-членов, должна выполнять или оценить результаты действий, предпринимаемых ВОЗ, в данном разделе главным образом анализируются механизмы управления работой Европейского регионального бюро ВОЗ.

23. Влияние ВОЗ вытекает не из ее участия в каких-либо конкретных аспектах социальной или экономической жизни (таких, как сельское хозяйство, фискальная или торговая политика), как это делает ЕС, а скорее из выполнения ею полномочий в качестве специализированного технического учреждения системы Организации Объединенных Наций в области здравоохранения. ВОЗ – это межправительственная организация, которая служит для государств-членов источником нормативно-методической и технической поддержки и вдохновения во всех аспектах жизни, связанных со здоровьем. Короче говоря, ее влияние вытекает из ее авторитета как организации, возглавляющей усилия государств-членов в достижении максимально возможного уровня здоровья (36).

24. Следует отметить, что ВОЗ – это единственное учреждение ООН с крайне децентрализованной структурой: каждое из шести регионов ВОЗ имеет “суверенный” Региональный комитет и выборного Регионального директора, который отчитывается перед Комитетом – этот механизм рассматривается как актив Организации благодаря тому, что он обеспечивает высокий уровень демократизма и близость к тому, что происходит на местах. Европейский региональный комитет ВОЗ – высший орган управления в Европейском регионе – состоит из представителей каждого европейского

государства-члена. В сентябре каждого года он проводит свои сессии продолжительностью в три с половиной дня, на которых государства-члены формулируют региональные стратегии, разрабатывают рекомендации и осуществляют контроль за работой Европейского регионального бюро ВОЗ. Региональный комитет также рассматривает бюджет и любые взгляды, комментарии и предложения участников сессии, которые впоследствии доводятся до сведения Генерального директора до их окончательной подготовки для утверждения на Всемирной ассамблее здравоохранения.

25. Любой анализ управления работой ВОЗ на региональном уровне следует проводить с учетом тех глобальных механизмов и учреждений, относящихся к управлению, которыми пользуется Организация. В течение свыше 60 лет Всемирная организация здравоохранения, Исполнительный комитет, Генеральный директор ВОЗ и механизмы, сложившиеся в штаб-квартире ВОЗ, а также соответствующие стратегии и инструменты (Устав ВОЗ, правила, стандарты, кодексы поведения и Глобальная программа работы – ГПР) были ключевыми элементами, обеспечивающими стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе. В последнее десятилетие были возобновлены усилия по обеспечению того, чтобы ВОЗ работала как единая организация. Нынешний Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен поставила задачу улучшения координации усилий с директорами шести региональных бюро ВОЗ в центр своей политической деятельности. В частности, ее последние политические заявления не оставляют никаких сомнений в том, что “Единая ВОЗ” является ее основной целью и руководящим принципом деятельности, которая должна помочь преодолеть воспринимаемые и/или существующие проблемы, связанные с децентрализованной структурой ВОЗ, в том виде, как она определена в Уставе Организации. В свою очередь, Европейский регион и все другие регионы ВОЗ принимают активное участие в деятельности Организации на центральном уровне и полностью поддерживают этот скоординированный подход.

26. В приведенном выше тексте была определена политическая легитимность Европейского регионального комитета. Двумя дополнительными политическими вопросами, которые необходимо рассмотреть в этой связи, являются, во-первых, представительские способности Регионального комитета и, во-вторых, эффективность его работы.

27. Что касается первого вопроса, то не может быть никаких сомнений ни в отношении желаний государств-членов принимать участие в работе Европейского регионального комитета, ни в отношении качества такого участия. Сессии Регионального комитета имели место каждый год, начиная с момента основания ВОЗ, без каких-либо перебоев, без каких-либо серьезных инцидентов и лишь с незначительным коэффициентом отсутствия делегаций. Анализ уровня делегатов также свидетельствует о стабильном участии делегатов высокого уровня, что служит показателем заинтересованности государств-членов. Доля министров здравоохранения, возглавляющих делегации стран и принимающих участие, по крайней мере в части сессий за последние 10 лет, в среднем составляет 38%. Государства-члены имеют право поднимать в ходе сессий Регионального комитета любые вопросы, которые представляют для них интерес. В целом, порядок проведения сессий, по-видимому, соответствует ожиданиям государств-членов относительно полностью свободных и откровенных обсуждений, судя по той роли, которую играют их представители и по их активному и позитивному вкладу. В последние годы приняты меры для повышения уровня участия делегатов в работе Регионального комитета. В частности, его сессии стали более динамичными (короче, с более четко обозначенными приоритетами и задачами, улучшенной организационной структурой и т.д.), и есть четкие признаки того, что государства-члены начинают принимать все более активное участие в их работе. Следует принять более систематический подход к оценке эффективности работы Регионального комитета в последние годы, а также к изучению процедур и механизмов, которые могли бы способствовать еще более активному участию

государств-членов, например путем предоставления государствам-членам более широких возможностей как в выборе тем для обсуждения, так и в заблаговременной подготовке специальных презентаций по выбранным вопросам.

28. Что касается эффективности, то для такого органа, как Региональный комитет, она должна измеряться главным образом по его способности правильно определить общие концепции развития и оптимальное направление деятельности с точки зрения как стратегического лидерства, так и решения критически важных проблем общественного здравоохранения. Это соответствует мандату Регионального комитета как основного органа управления здравоохранением в Регионе, в отличие от научного круга, академического форума или другой подобной структуры. С этой точки зрения эффективность работы Комитета может быть выражена числом принятых резолюций (от пяти до двенадцати на каждой сессии, в среднем 8,4 за последние десять лет), наличием тесных связей между этими резолюциями и глобальными резолюциями, принятыми на ежегодных сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения (см. Приложение 1), и т.д. В этой связи следует также отметить усилия, предпринятые Региональным комитетом на его пятьдесят восьмой сессии по анализу процесса отчетности о выполнении резолюций, принятых на предыдущих сессиях, а также по рассмотрению практики принятия ряда резолюций, в которых не указываются сроки завершения отчетности об их выполнении. В связи с этим было принято решение о том, чтобы во всех будущих резолюциях четко обозначались сроки предоставления отчетов об их выполнении.

29. Анализ программ работы последних десяти сессий Регионального комитета свидетельствует о принятии мер по объединению обсуждения наиболее насущных политических вопросов на данный момент с рассмотрением неотложных технических вопросов. К первой группе вопросов относятся такие, как обеспечение большего участия государственного аппарата в управлении национальными системами здравоохранения (Укрепление систем здравоохранения в Европейском регионе как продолжение проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ Стратегии поддержки стран; необходимость улучшить ситуацию со справедливостью в отношении здоровья в рамках Региона (Цели развития тысячелетия); ценности, на которых основывается деятельность в рамках Региона (Обзор политики достижения здоровья для всех); ряд других аналогичных вопросов. Ко второй группе вопросов относятся дискуссии по экологической политике, неинфекционным болезням, стратегическому управлению системами здравоохранения, анализу ситуации с туберкулезом в Европейском регионе и т.д.

30. Другим ключевым звеном стратегического управления здравоохранением в Регионе является Постоянный комитет Регионального комитета (ПКРК). Согласно официальной договоренности, с 1993 г. стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ в период между сессиями Регионального комитета осуществляет ПКРК – орган, состоящий из Председателя и девяти других представителей государств-членов, выбранных для этой цели Региональным комитетом, которые в течение года обычно проводят пять-шесть совещаний (не менее двух) (резолюция EUR/RC42/R5, 1993 г.). ПКРК – в тесном сотрудничестве с Региональным директором – несет ответственность за постоянное стратегическое управление Организацией, и выполняет функции связующего звена между Региональным комитетом и Региональным бюро. Он выполняет двойную функцию, играя роль представителя Регионального комитета в период между его ежегодными сессиями, а также консультируя Региональное бюро и Регионального директора, постоянно информируя секретариат о мнениях государств-членов.

31. С практической точки зрения, все решения, выносимые на рассмотрение Регионального комитета, вначале анализируются и одобряются членами ПКРК (37). ПКРК представляет собой экономически эффективный механизм управления работой

Организации. Хотя этот орган и не имеет полномочий на принятие решений, он направляет процесс разработки и осуществления стратегий и программ в рамках Региона и, по-видимому, играет существенную и конструктивную роль в выработке стратегических решений, принимаемых Региональным комитетом.

32. В силу занимаемой должности, Региональный директор выполняет функции секретаря Регионального комитета и любого его звена или органа, включая ПКРК (38). На практике, все Региональное бюро рассматривается как “секретариат Регионального комитета”. В прошлом году впервые за все время секретариат направил в государства-члены вопросник для выяснения их мнений и ожиданий относительно сотрудничества с ВОЗ. Доля ответивших на вопросник составила 62%. В целом, государства-члены, по-видимому, положительно оценивают роль секретариата (около 85% респондентов). Предложения относительно совершенствования работы в основном касаются таких аспектов, как воплощение ключевых ценностей, сотрудничество с другими учреждениями, работа страновых офисов, вопросы коммуникации и взаимоотношений со средствами массовой информации, отдельные области общественного здравоохранения, системы здравоохранения и некоторые другие вопросы (обобщенные результаты проведенного обследования приведены в Приложении 2).

33. Важную роль в стратегическом управлении здравоохранением в Регионе играют также региональные подкомитеты. Согласно Правилам процедуры Регионального комитета и ПКРК, оба Комитета поддерживаются в своей деятельности рядом подкомитетов (например, Комитет по окружающей среде и охране здоровья, Региональная группа по подбору кандидатур на пост Регионального директора, другие специальные подкомитеты), которые могут быть созданы для изучения любого вопроса на повестке дня Комитета и предоставления соответствующего доклада. Правила не предусматривают ни точного количества, ни категорий таких подкомитетов, и их статус полностью зависит от решений Регионального комитета и ПКРК.

34. Опыт последних лет указывает на необходимость проведения систематического анализа результатов, деятельности региональных подкомитетов и характера их связей с ПКРК и Региональным комитетом. Один из важных вопросов относится к адекватности механизмов отчетности. Так, например, подкомитет по окружающей среде и охране здоровья предоставляет свои отчеты не ПКРК, а непосредственно Региональному комитету, что в определенной мере противоречит самому характеру работы ПКРК, в связи с чем возникает закономерный вопрос о том, является ли эта практика наилучшим возможным подходом. Кроме того, некоторые подкомитеты, по-видимому, продлевают срок своих полномочий в течение чрезмерно длительного периода времени, и возникает вопрос, не следует ли их учреждать на четко оговоренный срок по аналогии с резолюциями. Что касается других подкомитетов (например, Региональная группа по подбору кандидатур на пост Регионального директора), то в их отношении возможности для каких-либо изменений, по-видимому, ограничены либо без ущемления прав потенциальных кандидатов, либо без излишнего увеличения бюрократического аппарата в этом демократическом процессе. На ПКРК также возложена функция составления короткого списка кандидатов, выбираемых в различные комитеты, и вопрос о полезности такой функции также может быть обсужден. Иными словами, следует обратить большее внимание на уточнение роли региональных подкомитетов в будущей работе.

35. Другой областью, требующей внимания, является характер взаимосвязей между Исполнительным комитетом ВОЗ и Региональным комитетом и ПКРК. В состав ПКРК входит один представитель от европейских членов Исполнительного комитета, который имеет статус наблюдателя. В настоящее время из общего числа 34 членов Исполнительного комитета ВОЗ восемь являются представителями Европейского региона. Можно предположить, что проблемы Европейского регионального комитета

ВОЗ доводятся до сведения Исполнительного комитета этими представителями и что проблемы Исполкома, в свою очередь, доводятся до сведения ПКРК. Этот подход, по-видимому, хорошо срабатывает в случае ПКРК. С другой стороны, не совсем понятно, обязаны ли европейские члены Исполнительного комитета ставить перспективу и интересы Европейского региона выше других возможных перспектив и интересов, выступая на сессиях Исполкома, иными словами, не совсем понятно, являются ли (и если да, то в какой степени) повестки дня Европейского регионального комитета и глобального Исполнительного комитета связанными друг с другом благодаря той практике, что представитель Исполнительного комитета является членом ПКРК.

36. Аналогичным образом, не существует каких-либо правовых доктрин или установок относительно того, что европейские члены Исполнительного комитета должны представлять (полностью легитимные) мнения государств-членов или мнения Региона, если они имеются по тому или иному рассматриваемому вопросу. Несмотря на право отдельных членов защищать свои личные взгляды и точку зрения и интересы государств-членов, которые они представляют, по-видимому, имеется необходимость в прозрачных механизмах, которые бы обеспечивали выражение точки зрения регионов, когда это уместно и целесообразно. Таким образом, было бы желательно иметь более четкие механизмы координации с членами Исполнительного комитета для обеспечения того, чтобы мнения и позиции Европейского региона были известны на глобальном уровне.

37. В последние годы Региональный комитет также уделял внимание важности эффективных и взаимовыгодных партнерств, в связи с чем возникают дополнительные вопросы. Следует уделить внимание тому, как государства-члены в Европейском регионе, также входящие в состав других наднациональных учреждений, выражают свою позицию в рамках Исполкома и Ассамблеи здравоохранения и в рамках других форумов в целом. Прежде всего это касается ЕС, в который входят 27 из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ: так, например, в ходе обсуждений о будущем Европейского регионального бюро ВОЗ, состоявшихся на пятьдесят шестой сессии, Региональный комитет охарактеризовал ЕС как исключительно важного партнера. Конкретные механизмы координации с ЕС уже существуют, и Региональный комитет регулярно информируется об этом. Поскольку на сессиях Исполнительного комитета представитель одного или нескольких государств-членов нередко излагает общую позицию ЕС, необходим тщательный анализ возможных вариантов такой практики и их последствий с точки зрения стратегического управления. В частности, рекомендуется обеспечить тщательную координацию взглядов и действий с государствами-членами, не входящими в ЕС.

Вопросы и рекомендации

38. Каковы предпочтения государств-членов в отношении стратегического управления здравоохранением в Европейском регионе? Что может быть сделано для совершенствования механизмов стратегического управления на национальном и международном уровнях, а также в рамках Европейского регионального бюро ВОЗ? Предполагается, что ответить на эти вопросы станет легче уже в ближайшие месяцы, после того, как они будут обсуждены на высшем уровне. На данном этапе вопросы, относящиеся к содержанию и процессам управления как в общем и целом, так и на уровне Регионального бюро, рассматриваются в приведенных ниже рекомендациях, которые выносятся на рассмотрение ПКРК и Регионального комитета. Национальные особенности и условия имеют ключевое значение в этом процессе, но они не будут обсуждаться (если, конечно, государства-члены не пожелают поделиться этой информацией с другими членами Регионального комитета). Региональному комитету предлагается сосредоточить внимание на вопросах международного управления здравоохранением в Европе, определить наиболее актуальные вопросы, а также принять

решение о том, какие именно вопросы нуждаются в более глубоком изучении в перспективе на будущее.

Общие вопросы, касающиеся стратегического управления

39. Региональный комитет мог бы взять на себя функцию конкретного рассмотрения более широких вопросов стратегического управления здравоохранением в Регионе посредством определения “надлежащего стратегического управления здравоохранением в Европе” как с концептуальной точки зрения (сущность этого понятия) и, особенно, с точки зрения оперативной деятельности (практика) на национальном и международном уровнях. Эти определения могут формироваться в соответствии с теми аспектами стратегического управления, которые определены в данном документе, а именно теория, динамический процесс и соответствующие структуры/механизмы. Очень важно дать как можно более четкое разграничение ролей и обязанностей всех участников и заинтересованных сторон.

40. Региональный комитет может пожелать напомнить государствам-членам о том, что надлежащее управление обязательно предполагает чрезмерный бюрократический аппарат. При определении понятия “стратегического управления” следует учитывать такие аспекты, как экономическая эффективность и необходимость обеспечения равенства между странами (не требуют обременительного нормативно-правового регулирования).

41. Таллиннская хартия является очень важным документом с точки зрения стратегического управления здравоохранением. В этой связи необходимо проведение дальнейших исследований для уточнения взаимоотношений между надлежащим управлением и здоровьем, а также между надлежащим управлением и другими результатами деятельности системы здравоохранения. Региональному комитету предлагается поддержать продолжение работы, уже проделанной в рамках выполнения рекомендаций Таллиннской конференции и обеспечить более активное участие Европейского консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения в этом процессе.

42. Региональный комитет может пожелать еще раз напомнить о положениях резолюции, принятой Региональным комитетом на его пятьдесят восьмой сессии и касающейся потребности в средствах измерения эффективности управления, а также разработать приблизительные рекомендации относительно времени подготовки таких средств и ожидаемых результатов.

43. Региональный комитет мог бы рассмотреть возможность проведения в ближайшие несколько лет ряд исследований, чтобы изучить те содержательные и контекстуальные элементы, которые способствуют надлежащему управлению здравоохранением. Особое внимание следует уделить оценке того, какую роль “надлежащие процессы” сами по себе играют в достижении успеха. В частности, этому может содействовать анализ отдельных положительных примеров из практики управления здравоохранением в Регионе, которое измеряется с помощью таких показателей, как улучшение здоровья, расширение доступа к медицинской помощи, улучшение социальной защиты и т.д. Как указывалось выше, группы примеров надлежащего управления в рамках реформирования систем здравоохранения должны включать передовую практику в следующих областях: (i) направляющая роль; (ii) обеспечение активного участия заинтересованных сторон и пациентов; и (iii) прозрачность и обмен аналитической информацией.

Вопросы стратегического управления на уровне Европейского регионального бюро ВОЗ

44. Региональному комитету рекомендуется проанализировать количество, назначение, статус и способы работы существующих подкомитетов и принять оперативные меры в тех областях, где это целесообразно. Так, например, можно провести оценку той дополнительной пользы, которую приносит Региональная группа по подбору кандидатур на пост Регионального директора. Аналогичной оценке может быть также подвергнута роль ПКРК в процессе выборов в различные подкомитеты ВОЗ. Кроме того, все подкомитеты должны систематически отчитываться перед ПКРК и иметь четко определенный срок полномочий.

45. Региональному комитету рекомендуется изучить пути совершенствования механизмов координации деятельности с Исполнительным комитетом и Всемирной ассамблеей здравоохранения, а также с другими аналогичными органами. В частности, для этой цели членам Исполнительного комитета может быть предложено излагать на Исполкоме точку зрения Европейского региона, когда это целесообразно и уместно. Кроме того, для этой цели можно усилить роль европейского представителя Исполнительного комитета в составе ПКРК; обеспечить более тщательную подготовку к совещаниям на сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения; а также обеспечить лучшую координацию действий с ЕС, с тем чтобы взгляды других стран Европейского региона ВОЗ также должным образом учитывались.

46. Региональному комитету предлагается поручить ПКРК подготовить и представить на следующей (шестидесятой) сессии доклад, содержащий предложения о проведении нескольких четко сфокусированных инициатив по улучшению стратегического управления здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ с последующим их развитием по мере необходимости.

Библиография²

1. Rhodes RAW. *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham, Open University Press, 1997.
2. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):732–739 (http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000600005&script=sci_arttext).
3. Reich MR. Reshaping the state from above, from within, from below: Implications for public health. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(11):1669–1675 (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-44CN141-3&_user=3824252&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=947060025&_rerunOrigin=google&_acct=C000055308&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3824252&md5=9c6ba26947d25d27d7bbf9110f16901e).
4. Rhodes RAW. What is new about governance and why does it matter? In: Hayward J, Menon A, eds. *Governing Europe*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
5. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. *Governance matters*. Washington DC, World Bank, 1999 (Policy Research Working Paper No. 2196; http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/10/27/000094946_99101105050694/Rendered/PDF/multi_page.pdf).
6. *Governance for sustainable human development: a UNDP policy document*. New York, United Nations Development Programme, 1997 (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/>).
7. Agere S. *Promoting good governance: Principles, practices and perspectives*. London, Commonwealth Secretariat, 2000 (Managing the public service: Strategies for improvement series).
8. *European governance: A white paper*. Brussels, Commission of the European Communities, 2001 (http://ec.europa.eu/governance/white_paper/index_en.htm).
9. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
10. Travis P et al. *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>).
11. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2?language=Russian).
12. Reidpath D, Allotey P. Structure (governance) and health: An unsolicited response. *BMC International Health and Human Rights*, 2006, 6:12 (<http://www.biomedcentral.com/1472-698x/6/12>).
13. Европейская база данных “Здоровье для всех” [в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>).
14. Blackman et al. Performance assessment and wicked problems: The case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 2006, 21(2):66–80.

² По состоянию на 17 июля 2009 г.

15. Figueras J et al. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.
(http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/20080624_14).
16. *Declaration of European Union Member States on "Health in All Policies", Rome, 18 December 2007*, Copenhagen, Brussels, WHO Regional Office for Europe, European Commission, 2007
(http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf).
17. Rhodes RAW. The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 1996, 44(4):652–667 (<http://law.hku.hk/gl/rhodes.pdf>).
18. Pierre J, Peters BG. *Governance, politics and the state*. Basingstoke, MacMillan, 2000.
19. Lalonde M. *A new perspective on the health of the Canadians*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1976.
20. Evans R, Barer M, Marmor T, eds. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
21. Arah OA et al. Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal of Quality Health Care*, 2006, 18(Suppl.)1:5–13.
22. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г. Формирование будущего*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003
(<http://www.who.int/whr/2003/en/Overview-ru.pdf>).
23. *Health impact assessment: Main concept and suggested approach*. Brussels, European Centre for Health Policy, 1999
(<http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf>).
24. Salamon LM, ed. *The tools of government: A guide to the new governance*. New York, Oxford University Press, 2002.
25. Zito A, Radaelli C, Jordan A. Introduction to the Symposium on 'New' Policy Instruments in the European Union. *Public Policy and Administration*, 2003, 81(3):509–511.
26. Hood C. The tools of government in the information age. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, eds. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2006:469–481.
27. Lewis R, Alvarez-Rosete A, Mays N. *How to regulate health care in England: An international perspective*. London, King's Fund, 2006
(http://www.kingsfund.org.uk/research/publications/how_to_regulate.html).
28. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379
(<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/6/371>).
29. Bovens M. *Analysing and assessing public accountability; a conceptual framework*. Utrecht, European Governance Papers (EUROGOV), 2006 (C-06-01;
<http://www.connex-network.org/eurogov/pdf/egp-connex-C-06-01.pdf>).
30. Tuohy CH. Agency, contract and governance: Shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003, 28(2–3):195–215.
31. Gostin L, Archer R. The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights, and international law. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2007, 35:526
(<http://www.labmeeting.com/paper/9439626/gostin-archer-2007-the-duty-of-states-to-assist-other-states-in-need-ethics-human-rights-and-international-law>).

32. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. *Governance matters VI: Governance indicators for 1996–2006*. Washington, World Bank, 2007 (World Bank Policy Research Working Paper No 4280; <http://info.worldbank.org/governance/wgi2007/>).
33. Kickbusch I. Perspectives on health governance in the twenty-first century. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*, London, BMJ books, 2002:206–230.
34. Smith P et al. *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
35. Papanicolas I, Smith P, Mossialos M. Principles of performance measurement. *Euro Observer*, 10(1):1–5 (2008).
36. *Constitution of the World Health Organization*. New York, United Nations, 1946 (http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd46/e-bd46_p2.pdf).
37. *Information note on the role and way of working of the Standing Committee of the Regional Committee*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1982 (EUR/RC42/4; http://www.euro.who.int/document/rcpolicy/escrc_infdoc_wow.pdf).
38. *Правила процедуры Европейского регионального комитета и Постоянного комитета Европейского регионального комитета (с поправками, принятыми 10 сентября 2001 г.)*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 (<http://www.euro.who.int/Governance?language=Russian>).

Приложение 1

Связь между резолюциями, принятыми Европейским региональным комитетом ВОЗ и Всемирной ассамблеей здравоохранения в период 2004–2008 гг.

Была предпринята попытка проанализировать связь между резолюциями по вопросам общественного здравоохранения, принятыми Региональным комитетом в последние пять лет (2004–2008 гг.), и соответствующими глобальными резолюциями, принятыми Всемирной ассамблеей здравоохранения в этот же период времени. Как показывает нижеприведенная таблица, между этими резолюциями имеется четкая связь. Однако только 34% резолюций, принятых на глобальном уровне, могут быть привязаны к резолюциям, принятым Региональным комитетом, что в определенной мере может быть объяснено тем, что ряд резолюций на глобальном уровне принимается по вопросам, имеющим меньшее значение для Европейского региона ВОЗ.

Резолюции, принятые РК	Резолюции ВАЗ
Окружающая среда и здоровье (2004 г., EUR/RC54/R3)	Стратегический подход к международному регулированию химических веществ (2006 г., WHA59.15) Изменение климата и здоровье (2008 г., WHA61.19)
Профилактика и борьба с неинфекционными болезнями в Европейском регионе ВОЗ (2004 г., EUR/RC54/R4) Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ (2006 г., EUR/RC56/R2)	Профилактика рака и борьба с ним (2005 г., WHA58.22) Итоги первой сессии Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (2006 г., WHA59.17) Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии (2007 г., WHA60.23) Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии (2008 г., WHA61.14)
Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (2005 г., EUR/RC55/R1)	Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя (2005 г., WHA58.26) Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (2008 г., WHA61.4)

Резолюции, принятые РК	Резолюции ВАЗ
<p>Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков” (2005 г., EUR/RC55/R6)</p>	<p>Семья и здоровье в контексте десятой годовщины Международного года семьи (2004 г., WHA57.11)</p> <p>Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (2005 г., WHA58.31)</p> <p>Питание детей грудного и раннего возраста (2005 г., WHA58.32)</p> <p>Питание детей грудного и раннего возраста, 2006 г. (2006, WHA59.21)</p> <p>Лучшие лекарственные средства для детей (2007 г., WHA60.20)</p> <p>Питание детей грудного и раннего возраста: двухгодичный доклад о ходе работы (2008 г., WHA61.20)</p>
<p>Укрепление национальных систем иммунизации через ликвидацию кори и краснухи и профилактику врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ (2005 г., EUR/RC55/R7)</p>	<p>Проект глобальной стратегии иммунизации (2005 г., WHA58.15)</p> <p>Глобальная стратегия иммунизации (2008 г., WHA61.15)</p>
<p>Укрепление систем здравоохранения в Европе в рамках дальнейшего развития проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран “Адаптация услуг к новым потребностям” (2005 г., EUR/RC55/R8)</p>	<p>Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование (2005 г., WHA58.33)</p> <p>Процесс реформ в Организации Объединенных Наций и роль ВОЗ в согласовании оперативной деятельности в области развития на страновом уровне (2005 г., WHA58.25)</p> <p>Готовность к чрезвычайным ситуациям и ответные меры (2006 г., WHA59.22)</p> <p>Системы здравоохранения: системы неотложной медицинской помощи (2007 г., WHA60.22)</p>
<p>Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ (2005 г., EUR/RC55/R9)</p>	<p>Дорожная безопасность и здоровье (2004 г., WHA57.10)</p>
<p>Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе (2007 г., EUR/RC57/R1)</p>	<p>Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах (2004 г., WHA57.19)</p> <p>Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах (2005 г., WHA58.17)</p>

Резолюции, принятые РК	Резолюции ВАЗ
<p>Цели развития Тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ: системы здравоохранения и здоровье матерей и детей – накопленный опыт (2007 г., EUR/RC57/R2)</p>	<p>Ускорение работы по достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, связанных со здоровьем, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия (2005 г., WHA58.30)</p> <p>Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (2005 г., WHA58.31)</p> <p>Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем (2008 г., WHA61.18)</p>
<p>Деятельность по итогам Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением и Второй европейский план действий в области пищевых продуктов и питания (2007 г., EUR/RC57/R4)</p>	<p>Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью (2004 г., WHA57.17)</p> <p>Питание детей грудного и раннего возраста, 2006 г. (2006 г., WHA59.21)</p> <p>Питание детей грудного и раннего возраста: двухгодичный доклад о ходе работы (2008 г., WHA61.20)</p>
<p>Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (2008 г., EUR/RC58/R4)</p>	<p>Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах (2005 г., WHA58.17)</p> <p>Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем (2008 г., WHA61.18)</p>
<p>Стратегии изменения поведения людей и здоровье: роль систем здравоохранения (2008 г., EUR/RC58/R8)</p>	<p>Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя (2005 г., WHA58.26)</p> <p>Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (2008 г., WHA61.4)</p>

Приложение 2

Краткое резюме и основные результаты опроса, проведенного с целью выявления степени удовлетворенности государств-членов

Краткое резюме

В соответствии с рекомендацией Регионального комитета и в рамках усилий Регионального бюро по оптимизации своей деятельности, в 2008 г. был проведен опрос в целях выявления степени удовлетворенности государств-членов работой ЕРБ ВОЗ. Основные цели проведения этого опроса заключались в выявлении мнений государств-членов об их сотрудничестве с Региональным бюро, а также о степени их удовлетворенности относительно того, как Региональное бюро осуществляет свою Стратегию поддержки стран.

Государствам-членам было предложено заполнить специально подготовленный вопросник, охватывающий различные аспекты и стороны работы Регионального бюро со странами Европейского региона ВОЗ, а также в рамках этих стран. Вопросник был заполнен тридцатью тремя государствами-членами, что составляет 62% от общего числа опрошенных стран.

Основные результаты проведенного опроса представлены в таблице ниже.

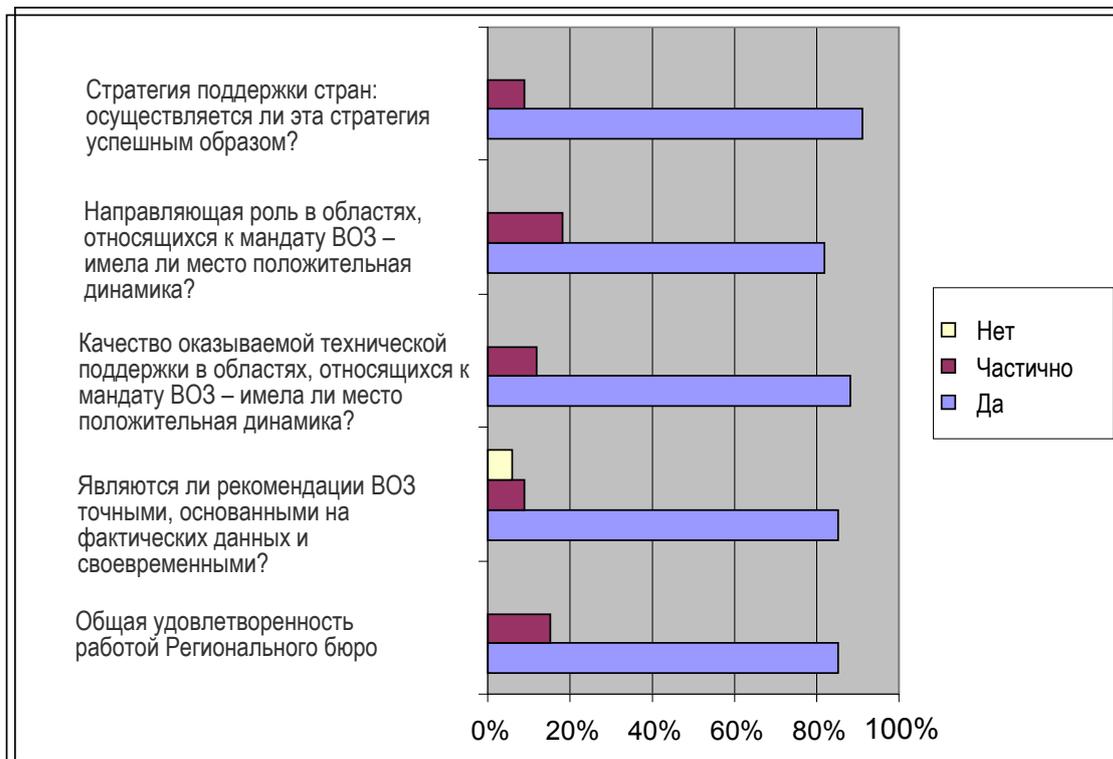
Оцениваемый параметр	Да	Частично	Нет
Стратегия поддержки стран: осуществляется ли эта стратегия успешным образом?	85%	15%	
Направляющая роль в областях, относящихся к мандату ВОЗ – имела ли место положительная динамика?	85%	9%	6%
Качество оказываемой технической поддержки в областях, относящихся к мандату ВОЗ – имела ли место положительная динамика?	88%	12%	
Являются ли рекомендации ВОЗ точными, основанными на фактических данных и своевременными?	82%	18%	
Общая удовлетворенность работой Регионального бюро	91%	9%	

В будущем такой опрос будет проводиться на двухгодичной основе. Региональный директор и Группа управления в Региональном бюро примут меры к тому, чтобы последующие действия проводились с учетом мнений, выраженных государствами-членами.

Основные результаты

Тридцать три государства-члена прислали заполненный вопросник до 31 марта 2009 г. (доля ответивших – 62 %).

Общая количественная оценка ответов государств-членов представлена в таблице ниже.



Резюме **качественной** оценки, данной государствами-членами, приводится ниже.

Считаете ли вы, что Региональное бюро в целом обеспечило успешное осуществление своей Стратегии поддержки стран?

- Да: 85%
- Частично: 15%

То, что ВОЗ делает хорошо:

- оказывает экспертную поддержку и другие виды помощи в подготовке национальных программ и стратегий в различных областях здравоохранения (например, таких, как общественное здравоохранение, злоупотребление алкоголем, охрана психического здоровья, малярия, птичий грипп);
- оказывает консультативную помощь и обеспечивает государства-члены аналитической информацией по вопросам развития систем здравоохранения;
- поддерживает направленность Стратегии поддержки стран на принятие мер по укреплению систем здравоохранения (Таллиннская конференция) и усиление присутствия ВОЗ в странах;
- обеспечивает обмен наилучшими методами работы и решениями и распространяет фактические данные;

- оказывает качественную техническую помощь в различных конкретных областях (экономика и финансирование здравоохранения, оценка деятельности систем здравоохранения, профилактика и борьба с инфекционными болезнями, Международные медико-санитарные правила, национальные стратегии в области лекарственного обеспечения, повышение готовности больниц к чрезвычайным ситуациям);
- оказывает высококачественную техническую помощь в разработке и развитии ряда важных программ: Стратегия охраны репродуктивного здоровья, Интегрированное ведение болезней детского возраста, Обеспечение безопасной беременности, национальные планы иммунизации, борьба с туберкулезом, онкологическая программа, Профилактика и борьба с ВИЧ/СПИДом и инфекциями, передаваемыми половым путем, борьба против табака;
- очень оперативно отреагировала на вспышку паротита, оказывала странам помощь во время наводнений и оказывала поддержку национальному координационному центру по чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и стихийных бедствий; и
- поддерживает действия по разработке и внедрению комплексных программ реформирования в области общественного здравоохранения.

Что может быть улучшено:

- следует в большей степени сосредоточить внимание на достижении осязаемых практических результатов в осуществлении Стратегии оказания поддержки странам;
- следует разработать стратегию эффективной коммуникации со средствами массовой информации в процессе реформирования здравоохранения;
- с помощью механизма долгосрочного найма высококвалифицированных и международно признанных специалистов следует укреплять технические знания и обеспечивать последовательность экспертной поддержки; следует также принять меры для устранения разрывов между установленными приоритетами и экспертными знаниями и опытом, которыми располагает Организация;
- внутренние процедуры управления людскими ресурсами следует активизировать в целях обеспечения своевременного набора кадров, поддержания преемственности и обеспечения необходимой экспертной базы в соответствии с приоритетами Организации;
- следует укрепить этические ценности для предотвращения таких проблем, как подмена интересов в политике здравоохранения другими интересами, например экономическими и финансовыми;
- промышленному сектору во многих странах следует осуществлять большее количество проектов, поддерживаемых ВОЗ;
- следует укрепить потенциал эффективного решения проблем с обеспечением количественной оценки и верификации целей и результатов; определение целей национальных стратегий в области здравоохранения следует основывать на обоснованных доводах и аргументах;
- больше внимания следует уделять программе работы в области изменения климата и здоровья; и
- (для ряда стран Западной Европы): помощь ВОЗ имеет меньшее значение и проводимые ею мероприятия на уровне стран в этой части Региона ограничены, несмотря на то, что они признают их важность для Региона, равно как и общую

направляющую роль ВОЗ в вопросах здравоохранения. Характер сотрудничества с западноевропейскими странами следует формировать с учетом их конкретных потребностей, и это направление работы нуждается в большем объеме внимания и больших ресурсах.

Отдельные аспекты реализации Стратегии поддержки стран (направляющая роль, техническая поддержка)

По вашему мнению, наблюдается ли положительная динамика в том, как Региональное бюро выполняет *направляющую роль* в областях, относящихся к мандату ВОЗ?

- Да: 85%
- Нет: 6%
- Частично: 9%

По вашему мнению, наблюдается ли положительная динамика в том, как Региональное бюро оказывает *техническую поддержку* в областях, относящихся к мандату ВОЗ?

- Да: 88%
- Частично: 12%

То, что ВОЗ делает хорошо:

- выполняет направляющую роль, ориентируясь при этом на сотрудничество консультативного, а не предписывающего характера;
- предоставляет ценную информацию и техническую поддержку, способствующие вовлечению местных экспертов в международное сотрудничество;
- обеспечивает обмен нужной информацией, которая является актуальной, высококачественной и своевременной;
- оказывает поддержку в формировании политики и стратегии на уровне стран;
- разрабатывает технические указания и модели наилучшей практики;
- оказывает практическую поддержку;
- содействует укреплению механизмов стратегического управления и лидерства в вопросах, относящихся к системам здравоохранения;
- организует подготовку Двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС) и обеспечивает их реализацию;
- способствует развитию коммуникации, связей и интернет-ресурсов;
- тесно сотрудничает с Европейским союзом (ЕС) и другими учреждениями Организации Объединенных Наций;
- обеспечивает экономически эффективное использование ресурсов;
- организует международные совещания и конференции, которые служат форумом для обсуждения важных вопросов;
- она тщательно выбирает для сессий Регионального комитета темы, которые наиболее соответствуют актуальным потребностям Региона;
- оказывает техническую поддержку в профилактике и борьбе с неинфекционными болезнями, борьбе против табака, а также в таких областях, как гигиена окружающей среды, лекарственная политика, планирование кадровых ресурсов здравоохранения, развитие электронного здравоохранения, укрепление потенциала

в области управления кризисными ситуациями в здравоохранении, противотуберкулезная деятельность; и

- особенно эффективно выполняет свои функции источника экспертных ресурсов и стратегических рекомендаций в таких областях, как малярия, охрана психического здоровья и обеспечение безопасности пациентов.

Что может быть улучшено:

- заявления ВОЗ в условиях кризисных ситуаций должны быть более четко сформулированы;
- ВОЗ должна воздерживаться от расплывчатых философских разъяснений, а скорее делать акцент на усилении потенциала проведения практических программ и мер и организации оперативных действий в условиях кризиса;
- ВОЗ должна обеспечивать координацию своей работы с соответствующими направлениями деятельности ЕС, а также принимать меры для сокращения случаев дублирования усилий, предпринимаемых ЕРБ ВОЗ и Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC);
- ВОЗ должна уменьшить число производимых печатных материалов и увеличить число электронных изданий;
- ВОЗ должна меньше заниматься чисто политическими вопросами и нанимать большее число технических консультантов;
- ВОЗ должна обеспечивать участие местных специалистов, а не полагаться только на привлечение внешних экспертов;
- ВОЗ должна способствовать распространению и внедрению моделей передовой практики в странах на национальном и межсекторальном уровнях; и
- ВОЗ должна укреплять свою направляющую роль и технический потенциал в вопросах гендерного здоровья.

Оказываемые услуги: качество взаимодействия и сотрудничество

Получаете ли вы точную техническую информацию и надежные фактические данные по *техническим и/или стратегическим вопросам своевременно в ответ на соответствующие запросы государств-членов?*

- Да: 82%
- Частично: 18%

То, что ВОЗ делает хорошо:

- всегда демонстрирует готовность и способность к сотрудничеству и своевременно реагирует на запросы государств-членов и кризисные ситуации;
- предоставляет высококачественные услуги, а ее сотрудники не только компетентны, эффективны и имеют хорошую квалификацию, но и пользуются большим уважением;
- значительно улучшила качество своего сотрудничества с точки зрения отзывчивости;
- предоставляет экспертные рекомендации и советы по техническим и стратегическим вопросам, которые основаны на надежных фактических данных;
- создала и поддерживает базу данных “Здоровье для всех” (ЗДВ);
- обеспечивает поддержание основополагающих ценностей ВОЗ;

- сотрудничество ВОЗ с ЕС является примерным и заслуживает высокой оценки;
- ВОЗ успешно провела ряд различных проектов в таких, например, областях, как лекарственная политика, национальные планы профилактики детского травматизма, а также повышение готовности больниц к работе в условиях чрезвычайных ситуаций и бедствий.

Что может быть улучшено:

- контактные данные сотрудников ВОЗ следует разместить на сайте ЕРБ ВОЗ;
- выводы и прогнозы ВОЗ должны основываться на обновленных статистических данных;
- следует повысить эффективность взаимодействий и сотрудничества;
- следует приводить четкую информацию об источниках данных;
- следует повысить качество предоставляемой информации;
- следует принять меры для обеспечения согласования данных ВОЗ и соответствующих данных других международных организаций;
- следует уменьшить число совещаний, проводимых с короткими сроками их организации, а также обеспечить более своевременное представление соответствующей документации;
- следует обеспечить быструю оценку заполненных вопросников, так как в противном случае результаты опросов перестанут быть актуальными или будут только частично актуальными для государств-членов;
- в условиях кризиса следует сократить сроки принятия ответных мер;
- миссии экспертов должны быть лучше организованы; и
- экономическая эффективность работы должна быть повышена, так как практические результаты не всегда соответствуют ожидаемым.

Общая удовлетворенность работой Регионального бюро

- Удовлетворены: 91%
- Частично удовлетворены: 9%

То, что Региональное бюро продолжает делать хорошо:

- обеспечение непрерывного процесса оценки и совершенствования;
- поддержание диалога с государствами-членами.

Приоритетные направления совершенствования работы Регионального бюро с государствами-членами и непосредственно в странах

Организационные аспекты:

- укрепление программ общественного здравоохранения в рамках систем здравоохранения и программ штаб-квартиры ВОЗ;
- укрепление механизмов экономической оценки на региональном уровне, повышение экономической эффективности проводимых действий и мероприятий, принятие мер к тому, чтобы не проводить слишком большого числа подготовительных совещаний;

- создание более прозрачной и четкой организационной структуры Регионального бюро, чтобы государствам-членам было легче устанавливать нужные контакты.

Консультирование и рекомендации по стратегическим вопросам:

- предоставление основанных на фактических данных рекомендаций с акцентом на измеримые результаты;
- консультирование по наиболее эффективным методам воплощения ключевых ценностей (справедливость, солидарность);
- дальнейшее развитие стратегии поддержки стран;
- дальнейшее развитие общесистемного подхода, в том числе с подключением других министерств;
- организация обучения и подготовки для политиков;
- оказание помощи с реализацией положений Таллиннской хартии;
- обеспечение безопасности здоровья – как ВОЗ может конструктивно сотрудничать с ЕС в этой области;
- проведение более четкого разграничения между функциями ВОЗ и ECDC;
- научное сотрудничество;
- более широкое сотрудничество с другими международными организациями.

Акцент на потребностях стран:

- преодоление разрыва между государствами-членами в западной и восточной частях Европейского региона – посредством расширения консультативного процесса с государствами-членами;
- дальнейшее укрепление страновых офисов ВОЗ, в том числе в плане более эффективного выполнения в их рамках мандата Организации Объединенных Наций;
- рассмотрение потребностей стран, связанных с процессом присоединения к ЕС;
- оказание помощи в проведении приоритетных программ, включая соответствующую подготовку сотрудников ВОЗ и местных специалистов на уровне стран;
- обеспечение своевременного и неукоснительного осуществления Двухгодичных соглашений о сотрудничестве;
- создание форума для удовлетворения потребностей неправительственных организаций в целях усиления их роли и влияния на страновом и региональном уровнях;
- обеспечение постоянной координации деятельности всех учреждений Организации Объединенных Наций на уровне отдельных стран.

Программные аспекты:

- проведение программ в таких областях, как первичная медико-санитарная помощь, неравенство в отношении здоровья, интегрированная медико-санитарная помощь, интегрированное ведение болезней (в этой связи может быть целесообразно организовывать ежегодные совещания по целям программы); и

- осуществление программ профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и инфекционными болезнями в целом, с акцентом на потребностях стран Восточной и Юго-Восточной Европы.

Коммуникационное и информационно-аналитическое обеспечение в области здравоохранения:

- обеспечение более широкого освещения актуальных вопросов здравоохранения в средствах массовой информации;
- дальнейшее совершенствование сайта Регионального бюро;
- дальнейшее совершенствование базы данных ЗДВ;
- изучение более широких возможностей для обмена соответствующим опытом.

Приложение 3

Членство в Исполнительном комитете: распределение мест, предназначенных для Европейского региона ВОЗ, и критерии отбора кандидатов

Исходная информация и введение

1. Оценка процесса заполнения вакантных мест в Исполнительном Комитете (ИК) была проведена Постоянным комитетом Регионального комитета (ПКРК) десятого созыва, и результаты этой оценки были одобрены Европейским региональным комитетом на его пятьдесят третьей сессии (резолюция EUR/RC53/R1). В этой резолюции Региональный комитет предложил ПКРК провести оценку опыта в выполнении соответствующих рекомендаций и представить доклад о результатах оценки шестидесятой сессии Регионального комитета (РК-60) в 2010 г.
2. Подготовка такой оценки была начата ПКРК шестнадцатого созыва и будет продолжена ПКРК семнадцатого созыва в предстоящем году.
3. Традиционная практика заключалась в том, что ПКРК выносил на рассмотрение Регионального комитета предлагаемый короткий список кандидатов с учетом не только критериев, относящихся к государствам-членам и отдельным кандидатам, но также (в значительной степени) географических группировок стран. Цель ПКРК заключалась в подготовке предлагаемого короткого списка с количеством кандидатов, равным числу вакантных мест, который выносился на рассмотрение Регионального комитета в первую половину первого дня работы сессии.
4. Эта практика иногда приводит к неудовлетворенности государств-членов, не включенных в короткий список из-за того, что им в последнюю минуту предлагается снять свои кандидатуры, а также из-за того, что они не всегда в полной мере понимают такой процесс заполнения вакантных мест. У членов ПКРК часто остается неприятный осадок, когда им приходится разговаривать с государствами-членами, не попавшими в короткий список, и убеждать их в необходимости снятия предлагаемых ими кандидатур. В свою очередь, у государств-членов остается чувство разочарования, и они часто указывают на то, что они не получают равных возможностей.
5. Оценка, проведенная ПКРК десятого созыва, и последующее одобрение ее результатов также включали рекомендации относительно практики полупостоянного представительства трех европейских государств-членов в составе ИК. Настало время пересмотреть эту практику, к чему, в частности, призывает резолюция EUR/RC53/R1.
6. Поскольку доклад по этому вопросу должен быть представлен на рассмотрение РК-60 в сентябре 2010 г., целесообразно приступить к оценке нынешней практики и проанализировать используемые сейчас критерии, как четко выраженные, так и подразумеваемые.

Критерии, которые использовались до настоящего времени

Критерии, относящиеся к государству-члену	Комментарии
<p>1. Государство-член, которое имеет право назначить то или иное лицо в состав Исполкома, должно назначить в этот орган представителя, технически квалифицированного в области здравоохранения, как это оговорено в Статье 24 Устава ВОЗ.</p>	
<p>2. Прежняя представленность в Исполкоме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страна, никогда не представленная в Исполкоме (хотя и являющаяся членом ВОЗ до 1991 г.) - страна, которая была представлена в Исполкоме более 20 лет назад. 	<p>ПКРК учитывает этот критерий при составлении короткого списка.</p> <p>Во время обсуждения полученных кандидатов ПКРК располагает подробной информацией о предыдущем членстве государства-члена в ИК и других комитетах в последние годы (начиная с середины 1990-х годов).</p> <p>Однако опыт показывает, что этот критерий в меньшей степени учитывается, чем критерии, относящиеся к географической представленности или опыту и квалификации выдвигаемого кандидата.</p>
<p>3. Ни одна страна не может быть одновременно членом Исполкома и ПКРК.</p>	<p>Этот критерий соблюдается при учете того факта, что в случае полупостоянных членов ИК возникает неизбежное параллельное членство в течение нескольких месяцев из-за того, что год членства в ИК начинается в мае, в то время как год членства в ПКРК заканчивается в сентябре.</p>
<p>4. Предыдущее членство в ПКРК считается преимуществом.</p>	<p>Желательно, чтобы страна, предлагающая свою кандидатуру в ИК, ранее была уже представлена в ПКРК, поскольку хорошая осведомленность о работе ВОЗ и региональных вопросах является прекрасной базой знаний для успешной работы в ИК.</p>
<p>5. Должен учитываться тот факт, что страны, выдвигающие кандидатуру, ратифицировали поправки к статьям 24 и 25 Устава ВОЗ.</p>	<p>От этого критерия, вероятно, можно отказаться – Европейский регион сейчас имеет 8 мест в ИК, т.к. в сентябре 2005 г. было достигнуто такое число стран, сдавших на хранение свои документы о принятии поправок к статьям 24 и 25, которое необходимо для вступления этих поправок в силу.</p> <p>За истекший период в ходе работы ПКРК данный критерий не учитывался.</p>

Критерии, относящиеся к кандидатам	Комментарии
(a) Занятие в аппарате управления здравоохранением страны (в настоящее время или в недавнем прошлом) должности, близкой к уровню принятия политических решений.	<p>Данный критерий относится к числу наиболее важных при рассмотрении полученных кандидатур.</p> <p>Однако нынешняя форма резюме (биографической справки) не позволяет получить каких-либо подробных данных и разъяснений относительно нынешней должности назначаемого лица, которые бы позволяли ПКРК понять, насколько информированным является кандидат не только о программах и стратегических позициях своей собственной страны, но также о соответствующей деятельности в рамках Региона.</p> <p>Опыт показывает, что, как правило, ПКРК в целом может составить представление о подлинной квалификации и качестве кандидата только благодаря рабочим или личным контактам одного или нескольких членов ПКРК.</p>
(b) Опыт работы с международными организациями, ВОЗ или другими организациями Объединенных Наций.	<p>Этот критерий применялся в меньшей степени, однако кандидаты, которые имеют такого рода опыт, как правило, лучше известны членам ПКРК, что облегчает процесс оценки их профессиональных и личных качеств.</p> <p>Кандидаты, имеющие такой опыт, являются более осведомленными о сложности работы в Исполнительном комитете.</p>
(c) Умение сотрудничать, координировать, а также восстанавливать и поддерживать связи внутри страны и между странами.	<p>Как правило, кандидаты, представляемые странами, занимают руководящую должность в системе здравоохранения и поэтому, по-видимому, обладают необходимыми умениями в этой области.</p> <p>ПКРК трудно использовать этот критерий в своей работе, если только один или несколько его членов не поддерживают профессиональных связей с рассматриваемым кандидатом.</p>

Критерии, относящиеся к кандидатам		Комментарии
(d)	Опыт координации политических и/или технических программ высокого уровня на страновом (межрегиональный, межминистерский) или международном (двусторонний или межстрановой) уровнях.	<p>Большинство кандидатов имеют, по крайней мере, определенный опыт такого рода, хотя степень такого опыта варьируется очень существенно.</p> <p>В нынешних формах резюме можно лишь перечислить занимаемые кандидатами должности в различных программах, что не позволяет получить подлинное представление о степени их опыта.</p> <p>Данный критерий использовался в практике как один из менее значимых.</p>
(e)	Желание и возможности выполнять функции члена ИК	<p>Как правило, большинство членов ИК принимают участие в его сессиях и заседаниях на постоянной основе и отсутствуют только в случае непредвиденных чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Что касается ПКРК, то в письме, направляемом в государства-члены после избрания представленного ими кандидата, можно еще раз указать на необходимость того, чтобы назначенный член ИК выделил в своем рабочем графике время для участия в сессиях ИК, а также для прочтения информационно-справочной документации, чтобы быть хорошо подготовленным к активному участию в заседаниях.</p>
(f)	Гендерный фактор (предпочтение отдается кандидатам-женщинам)	<p>Этот критерий учитывался в работе ПКРК, однако его использование связано с трудностями в связи с необходимостью учета таких более важных критериев, как качество кандидатов или географическая представленность.</p>

7. Помимо вышеуказанных, имеются некоторые другие критерии, которые могли бы быть приняты во внимание, для чего, однако, необходимо либо расширить форму стандартных биографических справок, либо предусмотреть возможность предоставления дополнительной информации, которая будет доступна только для членов ПКРК.

Другие критерии		Комментарии
(i)	Область экспертизы	<p>Предоставление большего объема информации по вопросам, о которых кандидаты обладают особыми знаниями и опытом.</p> <p>До настоящего времени такой опыт работы кандидатов оценивались на основе личных знаний членов ПКРК.</p>
(ii)	Знание языков	<p>Уровень знания каждого из рабочих языков (возможно, с доработкой нынешней формы в целях дифференциации различных уровней знаний внутри каждой категории – умение говорить, читать, писать – вместе с рекомендацией о том, какой уровень следует считать удовлетворительным в каждой категории).</p> <p>Несмотря на то, что нынешняя форма биографических справок содержит раздел, посвященный знаниям языков, очень трудно оценить фактический уровень таких знаний (и, следовательно, способность предлагаемого кандидата принимать активное участие в обсуждениях).</p>
(iii)	Опыт работы на национальном уровне	<p>Форма биографической справки может содержать требования о более подробном описании такого опыта. Согласно нынешней форме, кандидаты должны указывать пять самых последних должностей, которые они занимали.</p> <p>До настоящего времени такой опыт работы кандидатов оценивались на основе личных знаний членов ПКРК.</p>
(iv)	Опыт работы на международном уровне	<p>Форма биографической справки может содержать требования о более подробном описании такого опыта. В нынешней форме биографической справки кандидаты дают описание своего опыта работы с международными организациями и в качестве их сотрудника.</p> <p>До настоящего времени такой опыт работы кандидатов оценивался на основе личных знаний членов ПКРК.</p>

Другие критерии		Комментарии
(v)	Опыт работы с ВОЗ или в качестве сотрудника ВОЗ (как на региональном, так и на глобальном уровнях)	Наличие более подробной исходной информации было бы полезным; в настоящее время эта информация содержится в общем разделе, посвященном опыту работы с международными организациями и в качестве их сотрудника. До настоящего времени оценка такого рода опыта производилась на основе личных знаний членов ПКРК, которые иногда просили секретариат предоставить им дополнительную справочную информацию.
(vi)	Опыт активного участия в работе различных советов и комитетов ввиду необходимости озвучивать потребности и взгляды Региона в процессе принятия решений, относящихся к работе ВОЗ на глобальном уровне.	При оценке данного критерия может быть трудно использовать какие-либо количественные показатели, и такая оценка может основываться на личном опыте членов ПКРК.
(vii)	Перечень достижений в ходе выполнения предыдущих или нынешних функций в составе различных советов и комитетов, которые, по мнению кандидата, стали возможными благодаря его/ее личному вкладу или приверженности.	В настоящее время трудно прогнозировать, насколько активным будет участие того или иного назначенного кандидата в работе Исполкома. Подробная информация такого рода поможет сформировать лучшее представление о способностях и потенциале предлагаемого кандидата.
(viii)	Перечень публикаций	Такая информация не обязательно является надлежащим критерием для рассматриваемой цели.
(ix)	Награды и премии	Награды и премии, присужденные кандидату.
(x)	Другие виды деятельности	В настоящее время форма биографической справки ограничивает объем информации, которая может быть представлена. Страны часто спрашивают, не могут ли они представить дополнительную информацию. В том случае, если ПКРК примет решение расширить перечень критериев, в эту форму может быть добавлено место для дополнительной информации (только для использования в рамках ПКРК, чтобы не сделать слишком большим по объему соответствующий документ РК, представляемый на рассмотрение государств-членов).

8. Экспресс-анализ механизмов оценки компетентности показывает, что эта задача связана с трудностями. Если ПКРК примет решение усилить значение, придаваемое этому критерию, то, возможно, целесообразно рассмотреть такой подход, как проведение неофициальных встреч с кандидатами в ходе Всемирной ассамблеи здравоохранения. Однако необходимо иметь в виду, что это может вызвать негативную реакцию со стороны государства-члена, кандидат которого не был включен в короткий список.

9. Тот факт, что государство-член выдвинуло кандидата (кандидатов) в предыдущий год (предыдущие годы), что однако, не увенчалось успехом, не рассматривается в качестве критерия для включения кандидатов этого государства-члена в короткий список в последующие годы.

10. Чтобы предотвратить случаи разочарования со стороны государств-членов, кандидаты которых не были включены в короткий список и от которых ожидается снятие своих кандидатур, могут быть рассмотрены следующие шаги: (i) ПКРК не делает каких-либо рекомендаций для включения в короткий список и РК голосует по всем полученным кандидатам, или (ii) ПКРК рекомендует такое число кандидатов, которое равно числу вакантных мест, но РК голосует по всем полученным кандидатам.

Географические группировки

11. Если цель состоит в том, чтобы выбирать наилучших кандидатов и если будет продолжена практика составления короткого списка, возможно, необходимо уделять большее внимание рассмотрению личных достоинств кандидатов с соответствующим ослаблением критерия, относящегося к группировкам стран. В то же время следует осуществлять контроль за составом комитетов ВОЗ в целях обеспечения разумного общего географического представительства государств-членов.

12. В любом случае характер географических группировок должен быть пересмотрен и следует разработать предложения о возможном перераспределении стран в группах. Так, например, следует пересмотреть исторически сложившиеся группировки (например, Содружество независимых государств), а также обеспечить должный учет того возможного влияния, которое связано с тем, что большее количество стран присоединяется к Европейскому союзу.

“Полупостоянное членство” в Исполнительном Комитете

13. В соответствии с резолюцией EUR/RC53/R1 на РК-60 должно быть также рассмотрено решение о том, что периодичность членства в Исполкоме для государств - членов Европейского региона, которые являются постоянными членами Совета Безопасности Организации Объединенных Наций, будет увеличена до трех из шести лет.

14. В связи с тем, что число государств - членов Европейского региона возросло до 53, многие страны считают, что из-за этой практики всем странам Региона трудно иметь равную возможность внести свой вклад в работу ИК.

15. Кроме того, сейчас целесообразно пересмотреть практику полупостоянного членства трех государств-членов в Генеральном комитете Всемирной ассамблеи здравоохранения, так как многие государства-члены считают, что в связи с этим они не имеют равной возможности для участия в работе Генерального комитета.

16. В 2004 г. юрисконсульту ВОЗ было предложено высказать свои комментарии относительно выборных должностей, так как ПКРК одиннадцатого созыва не был уверен в том, что члены Регионального комитета действительно осознавали, что, принимая резолюцию EUR/RC53/R6, они фактически утверждали рекомендации подгруппы ПКРК в отношении выборных должностей в комитетах Ассамблеи здравоохранения.

17. Юрисконсульт сообщил, что практика “полупостоянного членства” и ее релевантность для кандидатов на выборные должности в комитетах ВАЗ действительно являются сложившейся практикой, а не предметом юридических обязательств или юридических прав. Практика “полупостоянного членства” основывается на политических и исторических реалиях, а не на юридических отношениях, и она заключается в том, что Региональный комитет соглашается поддерживать кандидатуру в Исполнительный комитет от трех государств-членов, которые являются постоянными членами Совета Безопасности ООН с определенной частотой, и соглашается с тем, что они являются кандидатами в Генеральный комитет на каждой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Однако ни Региональный комитет, ни ПКРК, ни Ассамблея здравоохранения не имеют каких-либо юридических обязательств в плане продолжения этой практики, независимо от того, принял ли или не принял Региональный комитет мнение подгруппы ПКРК, созданной для рассмотрения вопроса о полупостоянном членстве в комитетах Всемирной ассамблеи.

Предварительные рекомендации и вопросы, подлежащие рассмотрению

18. Место члена Исполнительного комитета занимает государство-член, и до официального избрания Всемирной ассамблеей здравоохранения (которая подтверждает кандидатуру, выдвинутую РК в сентябре предыдущего года) странам только предлагается подтвердить имя их кандидата. В ходе трехлетнего срока членства в Исполкоме изменения в составе правительства могут стать причиной замещения человека, назначенного в качестве представителя страны в составе ИК. Это происходит очень редко, однако нужно иметь в виду, что, независимо от того, насколько тщательно было изучено резюме кандидата, в конечном итоге назначенный страной член РК может быть замещен другим человеком.

19. Некоторые вопросы, которые, возможно, потребуются решить до проведения РК-60 в 2010 г., включают следующее:

- Имеется ли необходимость в изменении критериев для выдвижения кандидатов в члены ИК?
- Имеется ли необходимость в изменении состава группировок стран?
- Следует ли смягчить критерии причастности к существующим группировкам стран?
- Предлагаемый короткий список, то есть, должен ли он содержать только имена рекомендуемых ПКРК кандидатов, или всех полученных кандидатур – иными словами должен ли РК голосовать по всем полученным кандидатурам?

20. Могут быть рассмотрены следующие варианты:

- А) Отказаться от практики составления коротких списков членами ПКРК, заменив ее практикой голосования на РК по всем полученным кандидатурам (с первоначальной оценкой ПКРК или без такой оценки)

или

- В) Отказ от использования критериев причастности к географическим группировкам стран с переносом основного внимания на качество кандидатов при составлении в рамках ПКРК короткого списка на основании следующих критериев:
- (1) биографическая справка (резюме) кандидата (нужно рассмотреть возможность расширения ее соответствующей формы):
 - (i) профессиональная биография
 - (ii) профессиональные достижения и опыт
 - (iii) опыт международной работы;
 - (2) критерии, относящиеся к стране:
 - (i) предыдущее членство страны в ПКРК или ИК.