



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Осуществление концептуального видения
политики Здоровье-2020: стратегическое
руководство в интересах здоровья



В XXI ВЕКЕ

Реализация задуманного





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного

Авторы:

Ilona Kickbusch, директор Программы глобального здравоохранения,
Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария

и

Thorsten Behrendt, научный сотрудник, Программа глобального
здравоохранения, Институт международных отношений и развития,
Женева, Швейцария

Аннотация

Настоящий доклад подготовлен по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ в целях поддержки осуществления основ политики Здоровье-2020. Его содержание логически вытекает из работы Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ. В докладе представлены примеры осуществления общегосударственного подхода и принципа участия всего общества в разных странах мира, а также набор методических приемов по управлению сложным процессом выработки и реализации политики. Приведенные примеры стратегий были отобраны по приоритетным областям политики Здоровье-2020 и так, чтобы они отвечали следующим условиям: давали возможность извлечь полезные уроки из опыта; иллюстрировали оптимальную практику; охватывали разнообразные контексты и страны; по возможности отражали уже осуществленные и, в идеале, оцененные проекты. Доклад призван, в частности, внести вклад в решение стратегической задачи политики Здоровье-2020 – «совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья». Доклад задуман как «живой» документ, который будет непрерывно дополняться новыми примерами и анализом.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE -
ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
HEALTH POLICY
POLICY MAKING
PUBLIC HEALTH
STRATEGIC PLANNING

ISBN 978 92 890 5060 9

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

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

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

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

Редактирование английской версии: Alex Mathieson

Оригинал-макет и фото на обложке: Christophe Lanoux

<i>Благодарности</i>	iv
<i>Список сокращений</i>	v
<i>Предисловие</i>	vi
1. Меняющийся подход к стратегическому руководству в интересах здоровья	1
1.1. Стратегические основы политики Здоровье-2020 для Европейского региона ВОЗ	1
1.2. Стратегическое руководство в интересах здоровья	2
1.3. Основной предмет настоящего доклада.....	3
2. Совместная работа по достижению общих целей в отношении здоровья	7
2.1. Анализ комплексного процесса разработки и проведения политики	7
2.2. Упорядочение хаотичной реальности	9
3. Коллективное стратегическое руководство в интересах здоровья	13
3.1. Пути реализации: общегосударственные подходы.....	16
3.2. Пути реализации: принцип участия всего общества.....	21
4. Здоровье-2020 – приоритетная область 1. Инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан	30
4.1. Пути реализации: общегосударственный подход к раннему периоду жизни	31
4.2. Пути реализации: общегосударственный подход к стареющему населению	36
5. Здоровье-2020 – приоритетная область 2. Решение наиболее актуальных проблем Европейского региона в области здравоохранения – неинфекционные и инфекционные болезни	40
5.1. НИЗ	40
5.2. Инфекционные болезни	46
6. Здоровье-2020 – приоритетная область 3. Укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования	51
6.1. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека	51
6.2. Укрепление потенциала общественного здравоохранения.....	58
6.3. Укрепление готовности, эпиднадзора и ответных действий при чрезвычайных ситуациях	67
7. Здоровье-2020 – приоритетная область 4. Повышение «прочности» местных сообществ и создание поддерживающей среды	72
7.1. Пути реализации: вовлечение местных жителей в построение поддерживающей среды и сокращение несправедливостей в отношении здоровья.....	72
8. Совместная или коллективная ответственность	78
8.1. Согласование взаимоотношений подотчетности.....	78
8.2. Проблемы подотчетности.....	79
8.3. Измерение конечного полезного эффекта.....	80
8.4. Общегосударственная отчетность	81
8.5. НПО как необходимые общественные контролеры	82
9. Общегосударственный подход и принципы участия всего общества: оценка и ключевые уроки из опыта	84
Библиография	87

Благодарности

Авторство

Доклад был составлен под руководством Илона Kickbusch, директора Программы глобального здравоохранения Института международных исследований и развития, Женева, Швейцария. Основными авторами текста документа являются Илона Kickbusch и Thorsten Behrendt, научный сотрудник Программы глобального здравоохранения Института международных исследований и развития. В подготовку окончательной версии внес вклад Callum Brindley, студент программы по проблемам развития Института.

Разрешения на публикацию иллюстраций

Рис. 1 воспроизведен с любезного разрешения Cisco Systems.

Рис. 2 воспроизведен с любезного разрешения Allen & Unwin Book Publishers.

Рис. 3, 5 и 10 воспроизведены с любезного разрешения Канадского института агропищевой политики (СAPI) и Всемирной платформы МакГилла по конвергенции здравоохранения и экономики.

Рис. 4 воспроизведен с любезного разрешения Института стратегических исследований Университета Виктории в Веллингтоне, Новая Зеландия.

Рис. 6 воспроизведен с любезного разрешения Министерства социального и семейного развития Сингапура.

Рис. 8 воспроизведен с любезного разрешения Фонда здоровья, Лондон, Соединенное Королевство.



Список сокращений

АНДТ	алкоголь, наркотики, допинг и табак
ЕС	Европейский союз
ЗВС	учет интересов здоровья во всех стратегиях
НИЗ	неинфекционные заболевания
НПО	неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ТОРС	тяжелый острый респираторный синдром

Предисловие

В настоящее время широко признано, что на здоровье населения определяющим образом влияют различные социальные и экологические детерминанты, которые лежат вне сферы прямого контроля какого-либо из отдельно взятых министерств или других государственных органов. Поэтому для решения сегодняшних сложных проблем здравоохранения необходим новый подход – на основе интегрированного стратегического руководства в интересах здоровья. Важно объединить усилия соответствующих заинтересованных сторон, включая различные уровни государственного управления, частный сектор и гражданское общество, и все в большей мере принимая во внимание региональные и глобальные организации. Здоровье-2020 – новая политика здравоохранения для Европейского региона ВОЗ, подчеркивает значимость межсекторального сотрудничества и реализации принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях.

Настоящий доклад, так же как и публикация «Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ», может служить ценным руководством в продвижении и совершенствовании разумного стратегического руководства в интересах здоровья. В частности, в нем описано, как общегосударственный подход и принцип участия всего общества могут обеспечить достижение реальных результатов в отношении здоровья. В докладе приведен обзор ряда конкретных стратегий и программ из практики государств Европейского региона и других стран и высвечены уроки из опыта. Стратегии редко подходят идеальным образом к любым контекстам, однако извлечение уроков из опыта других – что работает и почему – имеет ключевое значение. Это особенно справедливо для общих проблем, таких как эпидемия неинфекционных заболеваний и демографические сдвиги.

Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит сбор и анализ примеров стратегического руководства в интересах здоровья с особым вниманием к новой роли сектора здравоохранения, политического участия и лидерства в поддержку здоровья.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

1.

Меняющийся подход к стратегическому руководству в интересах здоровья

1.1. Стратегические основы политики Здоровье-2020 для Европейского региона ВОЗ

Проблемы, стоящие перед общественным здравоохранением, и более широкий глобальный контекст, на фоне которого нам приходится бороться, становятся слишком многочисленными и слишком сложными для того, чтобы их можно было решить с использованием привычного подхода.

Д-р Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ

Политические лидеры все в большей степени воспринимают вопросы здоровья как имеющие ключевое значение для обеспечения экономического роста и развития, достижения социальной справедливости и стабильности в масштабах всего мира (Støre, 2012). Здоровье сегодня понимается как результат комплексных и динамических отношений, генерируемых многочисленными детерминантами на различных уровнях стратегического руководства. Правительствам стран приходится учитывать воздействие социальных, экологических и поведенческих детерминант здоровья, включая экономические ограничения, демографические сдвиги, а также нездоровые формы поведения и неблагоприятные условия жизни во многих странах Европейского региона ВОЗ. Система здравоохранения страны сама по себе не имеет достаточного потенциала или необходимых рычагов управления для решения таких многоаспектных проблем существенным и всесторонним образом (Huynen et al., 2005).

В Основах европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012) подчеркивается важность интегрированных стратегий для решения приоритетных проблем здравоохранения Региона. В Основах политики констатируется, что правительства могут достичь реальных улучшений по показателям здоровья при условии вовлечения всех секторов государственного управления и общества и доказывається необходимость совершенствования лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья. Политика Здоровье-2020 призвана служить мощным средством поддержки министерств здравоохранения в их усилиях по привлечению ключевых заинтересованных сторон к совместной работе, направленной на укрепление и защиту здоровья людей. В ней признается важный вклад таких заинтересованных сторон, особенно в гражданском обществе, в приоритизации повестки дня здравоохранения на уровне Региона. В стратегическом руководстве в интересах здоровья все более важное значение приобретают дополнительные преимущества, которые дают партнерства, совместные достижения и взаимовыгодные стратегии.

1.2. Стратегическое руководство в интересах здоровья

Стратегическое руководство – это процесс, определяющий взаимодействие органов государственной власти и других организаций общества, их отношения с гражданами и пути принятия ими решений во все более сложном и взаимозависимом мире. Стратегическое руководство различается в зависимости от политических систем, являя собой широкое разнообразие способов, пользуясь которыми, «люди и институты, государственные и частные, управляют своими общими делами» (Commission on Global Governance, 1995).

В публикации *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ* (Kickbusch & Gleicher, 2012) проведен анализ новейших концептуальных процессов в области стратегического руководства и их применимости к вопросам стратегического руководства в интересах здоровья. В работе рассмотрены тенденции развития различных форм стратегического руководства и практическое применение, которое они находят в здравоохранении по мере того, как правительства стран стремятся улучшить показатели здоровья своего населения. В исследовании нашло свое подтверждение все более признанное мнение о том, что здоровье населения нельзя больше трактовать только как результат усилий одного профильного министерства. Для того чтобы решать традиционные и новые проблемы общественного здоровья, требуется синергетический набор стратегий с вовлечением широкого круга действующих сил.

Необходимость действовать за пределами сектора здравоохранения также отражена в ряде ключевых исследований, выполненных в рамках разработки политики Здоровье-2020. Так, в Европейском обзоре социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья указано, в насколько высокой степени ответные действия по устранению несправедливостей в отношении здоровья лежат за пределами прямого контроля со стороны министерства здравоохранения и требуют осуществления стратегий на основе приверженности социальным ценностям, таким как социальная справедливость и права человека (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). McQueen et al. (2012) дают полезный обзор механизмов и инновационных подходов, уже осуществляемых в странах. Здоровье-2020 опирается на эти подходы и уроки из опыта, такие как принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях (ЗВС) и межсекторальные действия. В публикации *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies* (Leppo et al., 2013), подготовленной к 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, обобщены новые фактические данные и опыт реализации стратегий различных секторов в поддержку здоровья.

1.3. Основной предмет настоящего доклада

Современная ситуация заставляет руководителей, разрабатывающих и реализующих политику, быть открытыми к инновациям и быть способными оперативно реагировать на быстро меняющиеся обстоятельства. Kickbusch & Gleicher (2012) заключают, что нужны коренные институциональные адаптации для преодоления новых взаимозависимых проблем, особенно в отношении воздействия глобализации и баланса власти между государством и рыночными структурами. В их исследовании обращено особое внимание на необходимость изменения стиля работы ведущих органов и учреждений, для того чтобы объединить усилия различных игроков, коалиций и сетей, включая местные сообщества, органы государственного управления и структуры бизнеса. Эти меры обозначены как общегосударственный (whole-of-government) подход и принцип участия всего общества (whole-of-society).

Англоязычные страны, такие как Австралия, Канада, Новая Зеландия и Соединенное Королевство, используют эти термины при разработке новой формы стратегического руководства и осуществляют горизонтальную и/или вертикальную координацию действий на различных уровнях государственного управления. Многие из приведенных ниже примеров почерпнуты из практики этих стран. Однако усилия носят разнородный характер, и в различных странах используются различные термины: «joined-up government» [объединенное правительство] в Соединенном Королевстве, «horizontal government» [горизонтальное правительство] или «horizontal management» [горизонтальное управление] в Канаде; «integrated government» [интегрированное правительство] в Новой Зеландии; «networked government» [сетевое руководство] в Соединенных Штатах и «whole of government» [все государство] в Австралии и Соединенном Королевстве (Шотландия) (Halligan et al., 2012). Суть данных подходов схематично проиллюстрирована на рисунке 1.

Европейский союз (ЕС) принял подход ЗВС в ходе председательства Финляндии в 2006 г., для того чтобы описать научно обоснованную стратегию, нацеленную на дальнейшее включение аспектов здравоохранения в политику Европы на всех уровнях (Sihto et al., 2006). В последние годы возникли предложения, что в ЕС следует использовать общегосударственный подход и принцип участия всего общества также в отношении других стратегических приоритетов, таких как борьба с преступностью и запрещенными наркотиками, и, в самое последнее время, с проблемами миграции:

Рисунок 1. Реализация общегосударственной политики



Источник: Grant (2004).

Будущая [всесторонняя европейская миграционная политика] определяется, помимо всего прочего, пониманием того факта, что ответственность за успех миграции и интеграции лежит на всем обществе. Это требует общегосударственного подхода и принципа участия всего общества в условиях прочных партнерств со странами происхождения и транзита мигрантов (Åkerman Bögje, 2009).

Термины «общегосударственный подход» и «принцип участия всего общества» используются в растущем числе международных и национальных стратегических документов, включая политику Здоровье-2020. Организация Объединенных Наций призвала к общегосударственным усилиям с вовлечением всего общества на глобальном уровне в ответ на вызовы неинфекционных заболеваний (НИЗ), и констатирует:

...растущие во всем мире распространенность неинфекционных болезней, заболеваемость ими и смертность от них могут быть в значительной степени предотвращаемы и контролируемы благодаря коллективным и много-

профильным действиям всех государств-членов и других соответствующих заинтересованных сторон на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях (Организация Объединенных Наций, 2012).

На 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, которая состоялась в июне 2013 г. в Хельсинки (Финляндия), собрались представители различных заинтересованных сторон, включая правительства государств-членов, Организацию Объединенных Наций и другие международные организации, а также гражданское общество, в целях обсуждения межсекторальных стратегий общественного здравоохранения. В заявлении Конференции по ЗВС констатируется:

Во всех секторах общества проводимая политика может оказывать определяющее влияние на здоровье населения и уровень социальной справедливости в этом отношении. В нашем взаимосвязанном мире здоровье находится под воздействием многочисленных мощных сил, особенно таких, как демографический сдвиг, стремительная урбанизация, изменение климата и глобализация... Ответственность за здоровье людей несет не только сектор здравоохранения, огромное влияние здесь имеют также более широкие стратегические и политические факторы, такие, например, как торговля и международная политика. Решение проблем требует политической воли для вовлечения всех подразделений государственного управления в заботу о здоровье (The 8th Global Conference on Health Promotion, 2013a).

Настоящий доклад *Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020* дополняет публикацию Kickbusch & Gleicher (2012): в нем представлены примеры осуществления общегосударственного подхода и принципа участия всего общества в разных странах мира, а также набор методических приемов по управлению сложным процессом выработки и реализации политики. Приведенные примеры стратегий были отобраны по приоритетным областям политики Здоровье-2020 и так, чтобы они отвечали следующим условиям: давали возможность извлечь полезные уроки из опыта; иллюстрировали оптимальную практику; охватывали разнообразные контексты и страны; по возможности отражали уже осуществленные и, в идеале, оцененные проекты.

Типы подходов к стратегическому руководству, предложенные в политике Здоровье-2020, еще не вошли в повседневную практику в странах, однако имеются указания на то, что страны уже предпринимают соответствующие усилия. Это было продемонстрировано на конференции ВОЗ по стратегическому руководству в интересах здоровья, которая прошла в Израиле в ноябре 2011 г., и на 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья в Хельсинки (июнь 2013 г.). В большинстве случаев эти действия стали предприниматься лишь в последний период, и еще не было проведено их надлежащей оценки. Тем не менее эти меры указывают на инновации и попытки решения соответствующих вопросов.

Доклад призван, в частности, внести вклад в решение стратегической задачи политики Здоровье-2020 – «совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья». Он задуман как «живой» документ, который будет непрерывно дополняться новыми примерами и анализом.



2.

Совместная работа по достижению общих целей в отношении здоровья

2.1. Анализ комплексного процесса разработки и проведения политики

В основах политики Здоровье-2020 указано, что успешная политика здравоохранения в XXI веке во многом зависит от совместной работы по достижению общих целей в отношении здоровья. В ряде стран разработаны цели и ориентиры в области здравоохранения, которые распространяются через всю структуру государственного управления и составлены в рамках широкого консультативного процесса, как правило под руководством министерства здравоохранения (Wismar et al., 2008). В процессе планирования политики здравоохранения должны быть отражены принципы надлежащего стратегического руководства и определяющие черты современного построения политики (Kickbusch & Gleicher, 2012), действующие в качестве критериев, по которым следует анализировать проекты стратегических документов. Затем стратегии можно сравнивать и подвергать количественной оценке с использованием этих же характеристик (табл. 1).

Таблица 1. Восемь характеристик современного процесса формирования и проведения политики

Обращенность в будущее	Видение долгосрочной перспективы на основе статистических тенденций и объективных прогнозов в отношении вероятного эффекта политики
Инновационный характер	Критическая переоценка традиционных методов и продвижение новых идей
Опора на фактические данные	Использование наилучших имеющихся данных из многообразных источников
Инклюзивность	Учет воздействия политики на потребности каждого, кого она прямо или косвенно затрагивает
Коллективный характер	Горизонтальная и вертикальная интеграция
Адаптивность	Извлечение уроков из опыта в отношении того, что дает эффект, а что нет
Проведение оценки	Систематическое проведение оценки реализуемых стратегий
Подотчетность	Демократическая легитимность, прозрачность и отзывчивость к требованиям граждан

Источник: адаптировано из документа Government of Northern Ireland (1999).

Министерство здравоохранения Австрии недавно приступило к реализации процесса установления целевых ориентиров с участием 30 ключевых заинтересованных сторон, предлагая гражданам дать свои замечания в онлайн-режиме (вставка 1).

Вставка 1. Всеобъемлющие цели здравоохранения Австрии

В мае 2011 г. Австрийское федеральное министерство здравоохранения приступило по поручению Федеральной комиссии здравоохранения к реализации инициативы, нацеленной на разработку всеобъемлющих целей в отношении здоровья в стране. Организациям из различных секторов общества было предложено дать свои рекомендации о том, что они считают важным, и гражданам также была предоставлена возможность принять участие через онлайн-платформу. Было получено свыше 4300 отзывов.

В результате в июне 2012 г. Федеральная комиссия здравоохранения приняла 10 всеобъемлющих целей здравоохранения для Австрии, которые впоследствии были утверждены правительством. Эти цели призваны определить пути эффективной деятельности системы здравоохранения Австрии с особым вниманием к выделенным приоритетным направлениям работы на предстоящие 20 лет. В конце 2012 г. силами экспертного комитета были разработаны конкретные планы действий по достижению этих совместно установленных целей.

Источник: Bundesministerium für Gesundheit (Österreich) (2012).

Современные процессы формирования политики отражаются в общегосударственном подходе и принципе участия всего общества, совмещая их вместе для создания синергизма. Процессы нередко пересекаются: при рациональном управлении в рамках демократических политических систем они могут быть взаимодополняемыми. Взаимодействие государства и общества является типичным признаком движения европейских социальных государств в сторону общества с гораздо более широкими сферами участия людей и распределения ответственности между структурами государства и общества (Kaufmann, 2000).

Процессы формирования политики здравоохранения могут носить сложный и длительный характер, поскольку они вовлекают множество заинтересованных сторон, включая парламентариев, представляющих различные политические партии. Так, создание политики здравоохранения Швеции «Здоровье на равных условиях» заняло почти 10 лет. В ходе процесса задействованы множественные интересы и многочисленные участ-

ники и меняются условия контекста; в результате формулирование четких рекомендаций для руководителей, определяющих политику, и других действующих субъектов в отношении оптимальных механизмов реализации представляет собой нелегкую задачу.

Все стратегии находятся под влиянием контекста и сопряжены с национальными, экономическими, политическими, культурными и социальными структурами. Имеется значительное разнообразие в том, как развиваются стратегии, как они принимаются и осуществляются в различных политических системах – даже социальные государства Региона существенно отличаются друг от друга в том, как строятся взаимоотношения между рынком и государством и между государством и гражданским обществом, что «проявляется в различной степени доверия к возможностям государства в отношении решения проблем» (Kaufmann, 2000). Политологические исследования указывают на то, что государственные вмешательства обычно обладают гораздо более высоким уровнем легитимности в континентальной Европе, чем в политической культуре англосаксонских стран, а более авторитарные политические системы в гораздо меньшей степени допускают вовлечение гражданского общества и обладают более слабым потенциалом в данном отношении.

Тем не менее, несмотря на то что стратегии зависят от конкретных действующих сил, контекстов, секторов локализации и характера проблем (Parag, 2006), на основании результатов политологических исследований, проведенных в течение недавних десятилетий, можно определить ключевые элементы, которые необходимо принимать во внимание при разработке политики, включая широкий круг действующих сил внутри системы государственного управления и за ее пределами. Эти элементы, возможно, не представляют новизны для стран и действующих сил с длительной историей вовлечения в политические процессы, но их рассмотрение может принести пользу для тех, кто лишь приступает к внедрению и экспериментированию с более коллективными формами стратегического руководства. Некоторые из предложенных инструментов, такие как рамочный анализ, анализ социальных сетей или анализ отношений подотчетности также могут помочь опытным разработчикам политики в использовании более аналитических и формализованных подходов.

2.2. Упорядочение хаотичной реальности

Процесс формирования политики часто изображают в виде классического цикла (рис. 2). Несмотря на то что формирование политики «может помочь государственным должностным лицам в разработке и проведении политики в учреждениях правительства» (Bridgman & Davis, 2003), как хорошо знают все, кто с этим имеет дело, политика редко возникает таким орга-

Рисунок 2. Цикл политики



Источник: Bridgman & Davis (2003).

низованным образом. Тем не менее модель цикла политики может представлять пользу и служить в качестве структурной отправной точки, если ее использовать в сочетании с контекстным анализом, рассмотрением ценностей, рамочным анализом соответствующих вопросов и анализом сетей и системных параметров. Проведение контекстного анализа имеет важ-

нейшее значение для понимания политических, экономических и социальных определяющих факторов и включает «сканирование» всей внутренней и внешней среды. Популярным методом является SWOT-анализ, который позволяет оценить внутренние сильные и слабые стороны (strengths, weaknesses), а также внешние возможности и угрозы (opportunities, threats), которые исходят из контекста.

Основываясь на опыте постановки целевых ориентиров в отношении здоровья, крайне важно посвятить существенное время тому, чтобы четко определить, каким образом следует представлять вопросы, и понять, какие системы принципиальных убеждений следует принимать в рассмотрение (вставки 2 и 3). Процессы формирования политики обычно чреватны различиями в идеологических взглядах и мнениях и требуют наличия механизмов для разрешения конфликтов и создания беспроблемных ситуаций. Критикуя модель цикла политики, иногда указывают на то, что она не в состоянии отобразить суть процесса формирования политики, который представляет собой «борьбу мнений» (Stone, 2002). Это обстоятельство крайне важно иметь в виду при рассмотрении приоритетов в отношении социальных детерминант здоровья и таких вопросов, как социальная справедливость и участие всех заинтересованных сторон. Все вопросы на политической повестке дня касаются идеологии, в частности в отношении государства, рынка, индивидуальной и семейной ответственности. Однако социальные вопросы также связаны с системами ценностей и убеждений за пределами сугубо политических аспектов и основаны на факторах культуры, религии, принадлежности к определенному социальному классу или гендеру. Одних лишь фактических данных редко бывает достаточно для того, чтобы преодолеть определенные предвзятости.

Вставка 2. Рассмотрение ценностей

Ключевым вопросом здесь является то, что хотя формирование политики – это процесс, это также и человеческая деятельность, которая не основана лишь на объективных и нейтральных стандартах. За каждым шагом в процессе формирования политики стоит необходимость выбора между равновозможными концепциями одной и той же абстрактной цели или ценности. Следует помнить, что все те, кто участвует в процессе формирования политики, также находятся под влиянием своих убеждений и идеологии. Эти ценности и идеологические позиции лежат в основе принимаемых решений на каждом этапе процесса формирования политики (FrameWorks Institute, 2002).

Вставка 3. Рамочный анализ (фрейминг)

Первая стадия модели цикла политики – определение проблем – представляется достаточно простой, но важно посвятить необходимое время рамочному анализу. Рамочный анализ определяет «рамки», или «призму», через которую индивидум или организация рассматривает определенную проблему. Рамочный анализ (фрейминг) дает различные интерпретации и результаты в наглядном виде.

Время, потраченное на этот процесс, принесет пользу, поскольку он существенно повлияет на последующие шаги в процессе и на деятельность привлекаемых партнеров. Так, например, при рамочном анализе проблемы ожирения может иметь важное значение выделение таких аспектов, как социальная справедливость, обеспечение здоровья и благополучия детей и будущее экономической производительности. Эти вопросы хорошо проиллюстрированы в работе Branca et al. (2007).

Фрейминг остается актуальным на каждом этапе процесса. При этом следует ставить следующий вопрос: «Какие рамки позволяют учитывать в политике концепции, представляющие ценности и общие взгляды населения, руководителей, определяющих политику, и других ключевых групп, которые необходимо привлекать на свою сторону?» (FrameWorks Institute, 2002).



3.

Коллективное стратегическое руководство в интересах здоровья

Одним из ключевых аспектов общегосударственного подхода и принципа участия всего общества является переговорная деятельность и различные согласования. Нельзя предполагать, что исходно все секторы и организации используют одинаковые приоритеты и имеют одинаковые интересы и отношение к вопросам. На самом деле все это далеко не так. Руководители, проводящие политику, поэтому должны приобретать переговорные навыки, необходимые для продвижения повестки дня здравоохранения. Для общегосударственного подхода это означает согласования с другими секторами («горизонтально») для построения координированной национальной политики. Для реализации принципа участия всего общества это означает выход в переговорах за пределы сектора («вовне»), для того чтобы развивать коалиции с различными действующими силами (Fairman et al., 2012). При этом необходимо учитывать отправные позиции партнеров, понимать их ценностные системы и подходы к планированию, а также искать возможности для взаимовыигрышных ситуаций. Следует иметь набор формальных и неформальных механизмов для стимулирования заинтересованных сторон к поиску общих позиций.

Переговоры с вышестоящими инстанциями («снизу вверх») могут включать убеждение руководителей высшего звена в целесообразности включения вопроса в национальную повестку дня или вынесения его на уровень региональных и глобальных организаций для решения. Все три формы переговорной деятельности играли ключевую роль в продвижении вопросов борьбы с НИЗ на повестке дня Организации Объединенных Наций.

Государство, часто представляемое головным учреждением, выполняет различные функции в рамках реализации принципа участия всего общества. Оно определяет границы и правила для потребителей, бизнеса и других заинтересованных сторон, осуществляет контроль над общественными ресурсами, предоставляет соответствующие общественные блага и услуги и развивает партнерские связи с другими юрисдикциями, бизнесами и организациями гражданского общества в целях повышения эффективности решения проблем и обеспечения общей результативности и устойчивости проводимой политики (рис. 3).

Рисунок 3. Разнообразие функций государственной политики



Источник: Dubé et al. (2009).

Все более важным для работников здравоохранения на всех уровнях стратегического руководства становится наличие навыков ведения переговоров и дебатов по проблемам ЗВС и других взаимопользующих стратегий – то, что часто называют «дипломатией здравоохранения». Реализация ЗВС требует упорной переговорной деятельности, так чтобы стратегическое руководство в интересах охраны здоровья и благополучия стало приоритетом не только для сектора здравоохранения, но и для других секторов. Этому вопросу была, в частности, посвящена 8-я Глобальная конференция по укреплению здоровья (вставка 4).

Вставка 4. Хельсинкское заявление по ЗВС

ЗВС – это подход к государственной межсекторальной политике, при котором она систематическим образом учитывает значение различных принимаемых решений для здоровья, стремится к развитию синергизма и предупреждению вредных воздействий в целях улучшения здоровья населения и повышения уровня социальной справедливости. Этот подход содействует повышению подотчетности руководителей, проводящих политику, в отношении воздействия на здоровье на всех уровнях проведения политики. Он также включает внимание к последствиям государственной политики для систем здравоохранения, детерминант здоровья и благополучия.

В целях выполнения своих обязательств в отношении здоровья и благополучия людей органы государственного управления должны соблюдать следующие условия:

Вставка 4 продолжение

- **проявлять приверженность вопросам здоровья и справедливости в отношении здоровья в качестве политического приоритета** путем принятия принципов ЗВС и осуществления действий, направленных на социальные детерминанты здоровья;
- **обеспечить наличие эффективных структур, процессов и ресурсов**, которые позволяют осуществлять подход ЗВС по всему спектру государственных подразделений на всех уровнях и между правительствами различных стран;
- **укреплять потенциал министерств здравоохранения для вовлечения других секторов правительства** с использованием принципов лидерства, партнерства, лоббирования и переговоров для достижения улучшенных результатов в отношении здоровья;
- **развивать институциональный потенциал и навыки**, которые дают возможность осуществления ЗВС и предоставляют фактические данные о детерминантах здоровья и несправедливостей и об эффективных ответных действиях;
- **внедрить прозрачные механизмы аудита и подотчетности** в отношении воздействия на здоровье и повышения уровня справедливости, которые способствуют росту доверия между различными государственными структурами и между государством и населением;
- **установить меры разрешения конфликтов интересов**, которые включают эффективные гарантии по защите стратегий от искажений под воздействием коммерческих и корпоративных интересов;
- **привлекать местные сообщества, социальные движения и гражданское общество** к разработке, внедрению и мониторингу ЗВС, включая повышение медико-санитарной грамотности населения.

Источник: The 8th Global Conference on Health Promotion (2013b).

Детальный анализ, кратко изложенный ниже, посвящен применению этих принципов в отношении ключевых проблем общественного здоровья, таких как сокращение сердечно-сосудистых заболеваний (Puska & Ståhl, 2010). Анализ через призму здоровья, разработанный в Южной Австралии, – это еще один подход к стимулированию диалога между секторами, который работает в обоих направлениях: как другие сектора могут влиять на здоровье и как здоровье влияет на другие сектора (Druet et al., 2010).

3.1. Пути реализации: общегосударственные подходы

Общегосударственные меры носят многоуровневый характер, от местного до глобального масштаба, и в них все в большей мере вовлекаются группы, не входящие в систему государственного управления. Непременными условиями реализации этого подхода являются развитие атмосферы доверия, общие этические принципы, культура согласованных действий и новые навыки. В нем подчеркивается необходимость улучшения координации и интеграции, ориентированных на поставленные государством всеобъемлющие социальные цели (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

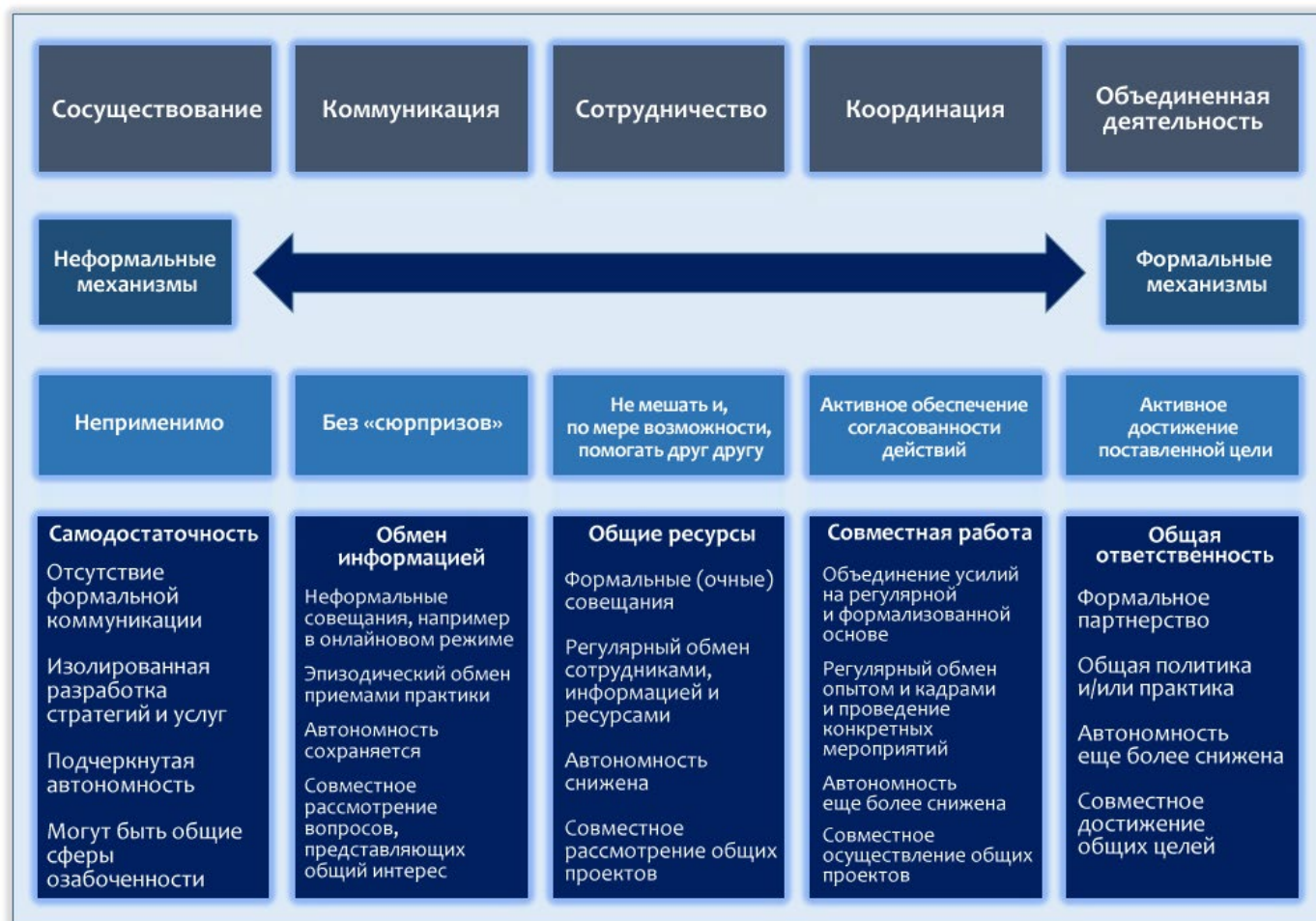
Общегосударственный подход («whole-of-government approach») можно трактовать как сводное понятие, описывающее группу мер по преодолению растущей фрагментации государственного сектора, а также «стремление к повышению интеграции, координации и потенциала» (Christensen & Laegreid, 2006). В сфере здравоохранения этот термин стал обозначать приверженность вопросам здоровья на всех уровнях государственного управления, включая самый верхний. Совместная межсекторальная работа составляет суть общегосударственных подходов и может варьировать по своей природе, что находит отражение в плане подотчетности и взаимоотношений.

Континуум межправительственной интеграции, проиллюстрированный на рисунке 4, описывает спектр возможных взаимоотношений между секторами – от сосуществования до совместной деятельности и от неформальных до формальных связей. На схеме показано, где существуют отношения подотчетности, и приведен набор характеристик по каждому из отмеченных типов отношений. Данную схему можно использовать при планировании характера взаимоотношений путем, например, достижения ясности в том, «насколько тесно мы собираемся сотрудничать», или в целях анализа существующих стратегий. Ее можно также применять в качестве инструмента при внедрении общегосударственного подхода или при ретроспективном анализе проведенной работы.

Подотчетность, вне зависимости от институциональных условий для совместной работы, может быть индивидуальной или коллективной. Первый вариант (индивидуальная подотчетность) следует применять в тех случаях, когда задачи могут быть четко отделены одна от другой и взаимозависимость невысока. Второй вариант (коллективная подотчетность) является предпочтительным, когда задачи трудно разъединить и имеется высокий уровень взаимозависимости, что является справедливым для большинства вопросов охраны здоровья. Как показано на рисунке 4, межсекторальное участие может принимать форму сотрудничества (кооперации), координации или объединенной деятельности (интеграции). Каждая из этих форм имеет различные уровни сложности, нуждающиеся

в управлении, что влияет на подотчетность и объединение ресурсов. Для решения большинства проблем, требующих совместных действий, нужна коллективная ответственность, и центральные учреждения должны играть ключевую роль в обеспечении лидерства и установлении целесообразных механизмов подотчетности для совместной работы (вставка 5). Этот вопрос является наиболее трудным для решения.

Рисунок 4. Континуум внутригосударственной интеграции



Источник: Boston & Gill (2011).

Вставка 5. Политика в отношении алкоголя, наркотиков, допинга и табака в Швеции

Общая задача – освободить общество от наркотиков и допинга и сократить медицинский и социальный вред, причиняемый алкоголем, а также сократить потребление табака. Долгосрочная цель заключается в том, чтобы внести вклад в международный подход и подход ЕС к алкоголю, наркотикам, допингу и табаку (АНДТ), которые носят рестриктивный характер и основаны на принципах общественного здравоохранения.

Риксдаг (парламент) в марте 2011 г. принял согласованную стратегию по АНДТ, которая была нацелена в частности на стимулирование поддержки со стороны центрального правительства в данной области. В стратегии обозначены цели и пути осуществления, координации и отслеживания конкретных мер на период с 2011 по 2015 гг. Эти меры описаны в ежегодном плане действий правительства по политике в области АНДТ.

Наряду с общей задачей в политике поставлено семь приоритетных частных задач на период деятельности стратегии.

1. Сократить доступ к наркотикам, допинговым препаратам, алкоголю и табаку.
2. Защитить детей от вредоносного воздействия алкоголя, наркотиков, допинговых препаратов и табака.
3. Прогрессивно сокращать численность детей и молодежи, которые приобщаются к употреблению наркотиков и допинговых препаратов или которые слишком рано начинают употреблять алкоголь или табак.
4. Прогрессивно сокращать численность людей, у которых формируется привычка к вредному употреблению алкоголя, наркотиков, допинговых препаратов или табака либо развивается зависимость от этих веществ.
5. Обеспечить более полный доступ к высококачественной помощи и поддержке для людей, которые злоупотребляют данными видами веществ или страдают от зависимости.
6. Сократить число смертей и травм, вызываемых или связанных с употреблением алкоголя, наркотиков, допинговых веществ или табака самими пострадавшими или другими лицами.
7. В рамках ЕС и на более широком международном уровне принят подход к АНДТ, который носит рестриктивный характер и основан на принципах общественного здравоохранения.

Швеция зависит от остального мира, который оказывает на страну все большее влияние. Крайне важно, чтобы стратегические вопросы, относящиеся к АНДТ, активно решались в рамках ЕС и на международном

Вставка 5 продолжение

уровне. Швеция также предпринимает усилия, направленные на то, чтобы стратегии и конвенции, которые она поддерживает или подписала, использовались при формировании национальной политики.

Работа по реализации политики по АНДТ носит межсекторальный характер и вовлекает ряд сфер ответственности различных государственных учреждений: Потребительское агентство (Konsumentverket), Служба исполнения наказаний и пробации (Kriminalvården), Береговая охрана (Kustbevakningen), Национальное управление полиции (Rikspolisstyrelsen), Государственное управление здравоохранения и социального обеспечения (Socialstyrelsen), Государственный институт общественного здоровья (Statens Folkhälsoinstitut), Государственное управление образования (Skolverket), Государственное управление социальных домов-интернатов (Statens Institutionsstyrelse), Служба организации дорожного движения (Trafikverket), Управление транспорта (Transportstyrelsen), Таможня (Tullverket), Управление по делам молодежи (Ungdomsstyrelsen), Управление государственных обвинителей (Åklagarmyndigheten).

Секретариат АНДТ

Секретариат АНДТ, выполняющий функцию государственной координации политики АНДТ, базируется в Министерстве здравоохранения и социальных дел. Задача секретариата – укрепить развитие и координацию работы в рамках правительства для обеспечения более четкого координированного и эффективного управления на уровне профильных агентств. Секретариат содействует распространению и реализации стратегии АНДТ и отвечает за составление государственного ежегодного плана действий по политике АНДТ.

Совет АНДТ

Секретариат также поддерживает деятельность совета АНДТ, который выполняет консультативную роль для правительства по вопросам АНДТ и предоставляет ему результаты исследований и справки, которые имеют отношение к построению политики. Совет состоит из председателя и 20 членов, представляющих центральные государственные структуры, научно-исследовательское сообщество и гражданское общество. Деятельностью Совета руководит статс-секретарь Министерства здравоохранения и социальных дел.

Источник: Government Offices of Sweden (2012).

Как правило, при разработке институционального плана совместной деятельности и коллективной ответственности необходимо рассматривать четыре важнейших вопроса (Boston & Gill, 2011): глубина, координация, сложность и ответственность.

- Глубина: какой уровень интенсивности совместной работы необходим? Важно понимать, что нужны различные уровни. Движение в сторону более тесных взаимоотношений требует отведения значительного времени и ресурсов и наличия конкретного «окна возможностей».
- Координация: сколько организаций и сколько целей рассматривается? Масштабы объединения усилий не должны превышать возможностей эффективного управления такой коллективной деятельностью.
- Сложность: в какой степени требуемые действия уже известны заранее? Имеют ли все партнеры одинаковое представление о наличии сложностей (таких, например, как связанных с социальными детерминантами здоровья)?
- Ответственность: можно ли адекватным образом определить и по отдельности измерить эффективность работы каждого из участников? Этот вопрос может представлять значительные сложности.

Тесные внутригосударственные взаимоотношения, такие как достигнутые в рамках международной политики Швейцарии в области здравоохранения (вставка 6), отражают сдвиг от самодостаточности к применению целого спектра характеристик в рамках континуума: обмен информацией, объединение ресурсов, совместная работа и ответственность. Международная политика Швейцарии в области здравоохранения на начальном этапе не могла увеличить объемы ресурсов или задействовать коллективное бюджетирование, однако сегодня, по истечении пяти лет, в ней используются формальные и неформальные механизмы активной работы в направлении достижения общих целей, координации деятельности и разделения ответственности по всему спектру государственных учреждений (Федеральный совет).

Вставка 6. Международная политика Швейцарии в области здравоохранения

Глобализация и интернационализация сектора общественного здравоохранения порождают высокий спрос на координацию политики в области здравоохранения, международных дел и развития. В марте 2012 г. Федеральный совет одобрил международную политику в области здравоохранения в целях обеспечения возможностей для Швейцарии выступать в качестве убедительного партнера с согласованной позицией и оптимальным образом представлять интересы страны.

Вставка 6 продолжение

Данная политика служит инструментом для постановки и решения общих задач федеральных органов, занимающихся вопросами международной политики в области здравоохранения, и замещает соглашение о задачах международной политики в области здравоохранения, составленное федеральными бюро международных дел и внутренних дел в 2006 г., в соответствии с которым Швейцария выполняла инициативную международную работу. Настоящая политика была разработана под руководством этих федеральных департаментов в сотрудничестве с остальными структурами. Деятели из внефедеральных органов, включая кантоны, научно-исследовательский сектор, гражданское общество, индустрию и систему здравоохранения, также принимали участие на этапе консультаций.

Политика базируется на ряде всеобъемлющих принципов и ценностей. В ней определены 20 задач, относящихся к 3 основным областям интересов, таким как стратегическое руководство, взаимоотношения с другими сферами политики и вопросы здравоохранения, и намечены меры для решения этих задач.

Международная политика Швейцарии в области здравоохранения повышает авторитет страны в качестве глобального деятеля в данной сфере и подчеркивает приверженность швейцарских организаций сотрудничеству в целях сокращения бедности и содействия устойчивому развитию. Эта политика открывает для Швейцарии возможности для более продуктивного участия в международных обсуждениях по вопросам глобального здравоохранения.

Источник: адаптировано из Federal Office of Public Health (2012).

3.2. Пути реализации: принцип участия всего общества

Принцип участия всего общества характеризуется выходом за рамки формальных учреждений: он оказывает мобилизующее влияние на местную и глобальную культуру и средства массовой информации, сельские и городские общины и все стратегически важные для здоровья секторы политики, такие как образование, транспорт, охрана окружающей среды и даже градостроительное проектирование. Наглядный пример – подход к решению проблемы ожирения с участием глобальной системы продовольственного обеспечения. ...Подходы на основе участия всего общества – это форма коллективного руководства, которая может дополнять государственную политику. При этом особое внимание уделяется координации деятельности

путем использования общепринятых ценностей и укрепления взаимного доверия среди широкого круга различных действующих сил. ...Такой подход, благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, местных сообществ и отдельных граждан, повышает устойчивость и прочность сообществ – их способность противостоять угрозам здоровью, безопасности и благополучию (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

Подходы с участием всего общества предусматривают вовлечение частного сектора и гражданского общества, а также политического руководства. Они охватывают новые формы коммуникации и сотрудничества в комплексных сетевых условиях и подчеркивают роль средств массовой информации и социальных движений. Каждая сторона должна вкладывать в общую стратегию свои ресурсы, опыт и знания. Применение принципа участия всего общества может укреплять жизнестойкость сообществ – их способность преодолевать угрозы здоровью, безопасности и благополучию путем вовлечения частного сектора, гражданского общества, местной общественности и отдельных граждан (вставка 7) (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Вставка 7. Принцип участия всего общества: Десятилетие интеграции народности рома, 2005–2015 гг.

Десятилетие интеграции народности рома 2005–2015 гг. – это международная инициатива, которая объединяет правительства, межправительственные и неправительственные организации (НПО), а также сообщество рома в целях ускорения прогресса по улучшению благосостояния рома и для отслеживания данного прогресса прозрачным и измеримым путем. Инициатива сосредоточена на приоритетных областях, таких как образование, трудоустройство, здравоохранение и жилищное обеспечение, и обязывает правительства решать и другие важнейшие проблемы: сокращение бедности, борьба против дискриминации и всеобъемлющий учет гендерных аспектов.

В инициативе принимают участие 12 стран: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Испания, Румыния, Сербия, Словакия, Хорватия, Черногория, Чешская Республика. Во всех этих странах проживает значительное число представителей народности рома, которые страдают от относительного неблагополучия в экономическом и социальном плане. В качестве наблюдателей выступают Словения и Соединенные Штаты Америки.

Каждая страна разработала национальный план действий, в котором указаны конкретные цели и показатели по приоритетным областям. Среди международных партнеров такие организации, как

Вставка 7 продолжение

Всемирный банк, Фонды открытого общества, Программа развития Организации Объединенных Наций, Совет Европы, Банк развития Совета Европы, Контактный пункт по вопросам рома и синти, Бюро по демократическим институтам и правам человека, Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе, Европейское информационное бюро рома, Европейский форум рома и кочевых народностей, Европейский центр по правам рома, Программа Организации Объединенных Наций по населенным пунктам, Управление верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, а также Детский фонд Организации Объединенных Наций. В 2011 г. в число партнерских организаций вошла ВОЗ.

Участвующие правительства должны перераспределить ресурсы для достижения результатов, согласуя свои планы с инструментами финансирования международных, многострановых и двусторонних доноров.

Источник: Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (2012).

При реализации принципа участия всего общества важное значение имеет разрешение конфликтов интересов – любых профессиональных, финансовых или других интересов, которые могут помешать индивидууму или организации выполнять свои обязанности. Необходимо установить прозрачные процедуры признания и разрешения конфликтов интересов. Несостоятельность в этом плане создает риск нарушения легитимности, справедливости, доверия и авторитета государственных учреждений, которые руководят процессом согласований, и может представлять серьезную угрозу для достижения ожидаемых результатов в отношении здоровья.

В целом реализация принципа участия всего общества может (хотя и необязательно) начинаться с внедрения общегосударственного подхода. Нередко лидером или посредником является правительство, хотя также может играть лидирующую роль сильная НПО или альянс организаций, таких как Альянс по НИЗ и коалиции гражданского общества по борьбе против табака или по обеспечению доступа к лекарствам против ВИЧ.

Процесс практической реализации принципа участия всего общества в решении вопросов здравоохранения включает следующие шаги (Dubé et al., 2009).

1. Определить ряд исходных областей для действий в качестве опорных пунктов для внедрения изменений.

Сюда могут входить такие направления, как повышение отслеживаемости производственной цепочки, повышение предложения и спроса на фрукты и овощи, улучшение питательных и энергетических характеристик промышленно производимых пищевых продуктов, поддержка здорового питания путем предоставления информации о питательной ценности и влиянии на здоровье, внедрение стратегических инструментов, имеющих обязательную и рекомендательную силу в отношении рекламы, особенно ориентированной на детей¹. Имеются методики по определению таких опорных точек для изменений: один из примеров приведен во вставке 8.

Вставка 8. Тактическое картирование

Тактическое картирование (tactical mapping), инструмент, разработанный для организации гражданского общества, – это «метод визуального отображения взаимоотношений и социальных явлений, которые создают условия и питательную среду для нарушения прав человека» (Johnson & Pearson, 2009). Данный методический прием можно также использовать при решении ряда вопросов, над которыми работают некоммерческие организации.

При этом внимание уделяется в большей степени взаимоотношениям между людьми и организациями, чем аналитическим концепциям или причинам той или иной проблемы. Согласно Johnson & Pearson (2009):

Иллюстрирование этих взаимоотношений, таким образом, создает картину, отражающую социальное пространство. Когда такая диаграмма вырисовывается, для участников становится возможным отобразить надлежащие цели для вмешательств и схематично отобразить возможную тактику действующих сил для воздействия на значимые вопросы. Таким образом генерируется блок-схема, позволяющая планировать процесс, отслеживать тактические функции и определять те взаимоотношения, на которые необходимо воздействовать путем эффективных вмешательств. Поскольку многочисленные группы могут использовать диаграмму для отображения своих соответствующих целей и вмешательств, эта тактическая схема становится инструментом координации, который создает более всестороннюю стратегию, чем при действии различных групп независимо друг от друга.

В то же самое время крайне важно быть готовыми и к возникновению неожиданных возможностей, которые могут стать ценными в стратегическом отношении. Во многих случаях вопрос, который давно был известен и проанализирован и по которому существуют стратегические предложе-

¹ Спектр конкретных стратегических инструментов для борьбы с неинфекционными заболеваниями, связанными с питанием, представлен более детально в разделе 6.2.

ния, внезапно становится реальным благодаря изменениям в политической среде, часто спровоцированным ситуациями кризиса. Так, например, вспышка тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) дала возможность принять в 2005 г. пересмотренные Международные медико-санитарные правила. Этот феномен описан в политологической литературе как «окно возможностей» (window of opportunity) (Kingdon, 1984). Для деятелей гражданского общества крайне важно уметь вовремя распознать такие окна и полноценно их использовать (вставка 9).

Вставка 9. Окна возможностей

Kingdon (1984) впервые предложил три потока процессов, которые должны проходить одновременно и независимо:

- выявление и формулирование проблем;
- составление стратегических предложений;
- изменение политики.

Согласно Guthrie et al. (2005):

Когда эти три потока сходятся вместе в том, что обозначается как стратегическое окно (policy window), это свидетельствует о том, что политика изменилась. Все эти отдельные потоки проблем, стратегий и политики движутся самостоятельно. <...> Но приходит время, когда три потока сливаются. Например, возникает актуальная проблема, и в это время поступает стратегическое предложение, в котором содержится ее решение. Или событие на политической повестке дня, такое как смена администрации, становится сигналом к изменению направлений действий. В этот момент предложения, совпадающие с этим политическим событием, такие как инициативы, которые согласуются с взглядами новой администрации, выходят на первый план, свидетельствуя о том, что назрела необходимость соответствующих мер политики. Таким образом проблемы, которые подходят к ситуации, высвечиваются, а все другие игнорируются.

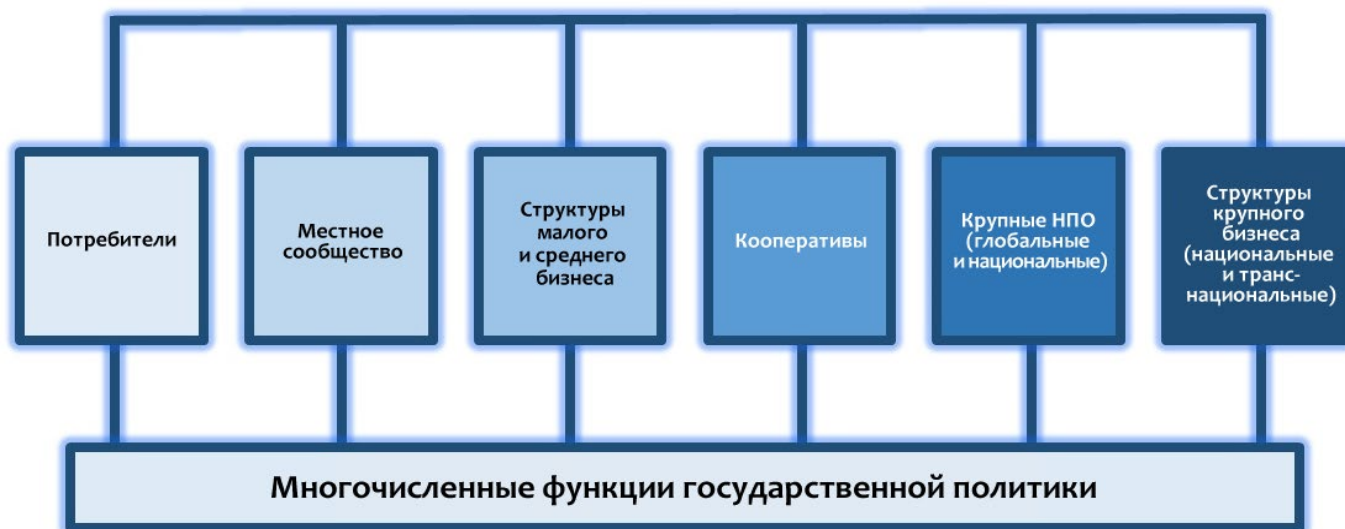
Отсюда следует, что процесс политики по своей природе имеет иррациональный и нелинейный характер, и поэтому, когда открывается стратегическое окно, заинтересованные стороны должны действовать оперативно. Это отсутствие линейности является одной из дискомфортных черт демократического общества для многих людей.

2. Собирать вокруг каждого поворотного пункта стратегическую сеть ключевых заинтересованных сторон из правительства, структур бизнеса и гражданского общества.

Это положение имеет крайнюю важность для общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, поскольку оно может помочь

определить ту степень, в которой государственные и негосударственные сети влияют на политику и определяются своим контекстом и характеристиками. Все вовлеченные организации должны стремиться использовать время, экспертизу, основные навыки и финансовые ресурсы для достижения цели, поставленной соответствующими сетями (рис. 5).

Рисунок 5. Потребители и заинтересованные стороны, участвующие в развитии и реализации политики с вовлечением всего общества



Источник: Dubé et al. (2009).

Ряд инструментов может помочь в проведении анализа деятельности сети в целях эффективного объединения усилий ключевых заинтересованных сторон. Так, например, программа для анализа, регистрации и отслеживания сетей в целях улучшения взаимоотношений (PARTNER® – The Program to Analyze, Record, and Track Networks to Enhance Relationships) (вставка 10) помогает ответить на такие вопросы: «Существуют ли в партнерстве пробелы, уязвимости и аспекты неэффективности?» или «Какие модели или рамки лучше всего работают для сотрудничества?»

Проведение сетевого анализа позволяет систематическим образом проверить следующие позиции:

- какого рода мероприятия и экспертиза необходимы на каждой стадии процесса формирования политики;
- какие государственные и негосударственные действующие силы должны участвовать на различных стадиях формирования политики;

Вставка 10. PARTNER®: инструмент анализа социальных сетей

Под эгидой Фонда Роберта Вуда Джонсона разработан инструмент для измерения и оценки уровня сотрудничества между людьми и организациями. Его можно использовать для того, чтобы показать, как связаны между собой члены сети, как используются и объединяются ресурсы, каковы уровни доверия и связи результатов с процессом сотрудничества. Инструмент включает онлайн-опрос для сбора данных и аналитическую программу для их оценки. Метод позволяет продемонстрировать заинтересованным сторонам, партнерам и оценщикам и донорам, как деятельность в рамках сотрудничества меняется со временем и как прогрессирует участие членов сообщества и организаций.

Источник: PARTNER® Tool (2009).

каким образом они действуют не только на политику, но также друг на друга (например, путем формирования альянсов) и как они влияют на различные стадии процесса;

- каким образом результаты каждой стадии влияют на другие стадии и участвующие действующие силы (Parag, 2006).

В этом контексте можно использовать инновационные и инклюзивные бизнес-модели для запуска изменений на местах, в частности следующие:

- коллективные действия в сообществах, инициируемые по принципу снизу вверх;
- социальные бизнесы, которые замещают принцип максимального оборота или прибыли принципом максимальной социальной пользы;
- коммерческие проекты, которые создают не только коммерческие, но и социальные ценности путем содействия укреплению здоровья в различных стратегических функциях бизнеса (вставка 11).

Широко распространенный термин «социальный бизнес» был впервые определен лауреатом Нобелевской премии Мухаммадом Юнусом как «бесприбыльная и неприбыльная компания, предназначенная для создания продукта и/или предоставления услуги с конкретной социальной, этической или экологической целью». Яркий пример – это компания Grameen Danone Foods Ltd. (Grameen Creative Lab, 2013), которая производит йогурт, обогащенный важнейшими питательными веществами. Продукт реализуется по приемлемой цене для малообеспеченных слоев населения и одновременно обеспечивает полезный эффект для всех участников производственно-сбытовой цепочки.

Вставка 11. Корпоративная социальная ответственность

Соглашения по принципу участия всего общества включают такие подходы, как корпоративная социальная ответственность и то, что обозначается термином «инклюзивный капитализм». Меняющиеся характеристики осведомленности потребителей и самого потребления привели к тому, что многочисленные компании начали видеть корпоративную социальную ответственность в качестве стратегической инвестиции (Fortunato, 2011). Инициативы корпоративной социальной ответственности стали ключевой частью мероприятий бизнеса в продовольственном секторе. Этот процесс описан как представляющий «значительные перспективы в улучшении корпоративного поведения агропищевых фирм в направлении подотчетности за влияние решений и мер, которые они контролируют» (Hartmann, 2011).

Однако одной корпоративной социальной ответственности недостаточно. Когда возникают проблемы на рынке и негативные внешние эффекты, частные компании часто вынуждены балансировать между частной прибылью и интересами социального благополучия. При этом компании могут предпочесть удовлетворение интересов частных акционеров, а не инвестиции в общественное благо. В таких ситуациях государство может принять решение о предоставлении стимулов для изменения тактики компании.

Опыт показывает, что саморегуляции редко достаточно для достижения целей охраны здоровья в интересах общества; необходима государственная регламентация. Для того чтобы быть эффективной и легитимной, эта регламентация должна быть прозрачной, подотчетной, пропорциональной, последовательной и целенаправленной (Karnani, 2011). Достижение пропорциональности – это трудная задача в общественном здравоохранении, поскольку ее ценность базируется и сосредоточена на представлениях медико-санитарной этики; неудивительно, что эта тема стала предметом бурных идеологических дебатов. Типичный пример из практики борьбы с эпидемией ожирения – идущие в настоящее время споры по вопросам регулирования размеров порций подслащенных безалкогольных напитков в Нью-Йорке (Moskin, 2012).

3. Объединить усилия всех сетей, созданных в соответствии с поворотными пунктами в рамках договора с участием всего общества, который поддерживается платформой для обмена информацией и результатами научных исследований и для наращивания потенциала.

Принцип участия всего общества необходим, например, для решения социальных и экологических детерминант, вызывающих ожирение. Такой подход поддерживается со стороны ВОЗ:

Для достижения изменений в привычках в отношении питания и характера физической активности потребуются совместные усилия многих участников как из государственного, так и из частного секторов на протяжении ряда десятилетий. Необходимо сочетание объективных и эффективных мер на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях при тщательном мониторинге и оценке их воздействия (ВОЗ, 2004).

Пример на региональном уровне – это Европейская платформа действий по питанию, физической активности и здоровью (European Commission, 2005), которая описана далее в настоящем докладе.



4.

Здоровье-2020 – приоритетная область 1. Инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан

Поддержка здоровья на протяжении всей жизни ведет к росту ожидаемой продолжительности здоровой жизни и приносит дивиденды долголетия; и то и другое дает значительный благотворный эффект в экономическом, социальном и индивидуальном плане. Происходящие во многих странах демографические сдвиги требуют эффективной стратегии, охватывающей все этапы жизни и отдающей приоритет новым подходам к укреплению здоровья и профилактике болезней. ... Здоровые дети лучше успевают в школе; здоровые взрослые более продуктивно работают; здоровые люди пожилого возраста продолжают активно вносить полезный вклад в жизнь общества (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

Социальные стратегии в отношении детей раннего возраста и пожилых людей могут соотноситься с различными типами социального государства. В Европе предложенная Esping-Andersen (2006) классификация либерального (как в Соединенном Королевстве), консервативного (как в Германии) и социально-демократического (как в Швеции) социального государства может применяться для описания различий в масштабах и охвате национальными стратегиями.

Эти различия не ограничиваются лишь объемом социальных расходов. Важно также принимать во внимание условия, на которых базируются ресурсы и возможности. Esping-Andersen определяет масштабы и охват социального государства по предоставленным социальным правам и активной роли государства в упорядочении социальных взаимоотношений: «Социальное государство – это не просто механизм, который вмешивается и, возможно, корректирует структуру несправедливостей, оно само по себе представляет систему стратификации» (Esping-Andersen, 2006).

В этом контексте социальное государство, характерное для стран Северной Европы, в течение многих десятилетий старалось уделить внимание праву каждого человека на здоровье, благополучие и образование и воздействовать на социальные детерминанты здоровья и неравенств в отношении здоровья. Социальную политику в целом, а также политику содействия развитию детей раннего возраста и поддержки пожилого населения можно рассматривать как результаты общей деятельности страны в области социального обеспечения, реализации возможностей рынка труда и семейных характеристик (Petrogiannis & Dragonas, неопубликованные данные, 2013). Также весьма актуальными являются стратегии в области охраны репродуктивного здоровья и здоровья матерей, которые, в сочетании с предоставлением возможностей гибкого рабочего графика и со-

циальной помощи родителям, позволяют повысить уровни равноправия женщин в отношении образования и участия в рынке труда.

Это также показано в отношении политики поддержки пожилого населения. Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) выделила ряд стратегических вмешательств в различных секторах, которые могут способствовать укреплению здоровья, повышению уровня благополучия и активной старости (OECD, 2009a). Эти стратегии включают традиционные меры, такие как политика в области трудоустройства, но также инновационные решения с использованием новых технологий в секторе предоставления ухода. ОЭСР поддерживает подход к укреплению здоровья на всех этапах жизни, который включает повышенное внимание к предупреждению болезней и содействию формированию здорового образа жизни во всех возрастных группах в целях содействия физической активности и профилактики и снижения хронической заболеваемости. Уделяется внимание поддержанию независимости людей и сокращению необходимости в постоянном уходе на базе стационарных учреждений.

В обзоре ОЭСР подчеркивается, что стратегии, относящиеся к гибким рабочим часам, постепенному выходу на пенсию и благоприятным жилищным условиям могут значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия. Европейская комиссия в рамках инициативы «Европа-2020» внедряет концепцию европейских инновационных партнерств, первое из которых будет посвящено вопросам активной и здоровой старости.

4.1. Пути реализации: общегосударственный подход к раннему периоду жизни

4.1.1. Суть вопроса

Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что опыт первых месяцев и лет индивидуального развития человека может создавать основу для благополучия в течение всей предстоящей жизни или, напротив, будущего возникновения проблем соматического и психического здоровья (Jenkins, 2005). Комиссия по социальным детерминантам здоровья указала на то, что инвестирование ресурсов в ранние годы жизни человека дает один из наиболее мощных потенциальных методов сокращения несправедливостей в отношении здоровья (WHO, 2011). В этом контексте в Европейском обзоре социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013) подчеркнуто, что в прошлом неинтегрированные службы сталкивались с трудностями в эффективном реагировании на комплексные потребности семей с детьми раннего возраста.

4.1.2. Решения и подходы

Во многих странах разработаны стратегические рамки и инновационные подходы по оказанию помощи в этот период жизни, которые вовлекают различные уровни и секторы государственного управления и охватывают различные слои общества. В Швеции, например, успешно объединены усилия многочисленных действующих сил по созданию благоприятных условий жизни для всех граждан. Государственный сектор в значительной мере децентрализован, что позволяет легко приспосабливаться к местным потребностям. Граждане на уровне местных органов самоуправления самостоятельно принимают решения, относящиеся к предоставлению услуг. Каждый из 20 регионов страны управляется политической ассамблеей, которая обеспечивает всеобщий равноправный доступ к высококачественной медицинской помощи. Детям дошкольного возраста оказывают бесплатные услуги в детских амбулаторных медицинских учреждениях (аналогичные центры существуют и в других странах Северной Европы, а также в Нидерландах, Словении и Хорватии), в том числе проводят профилактические медицинские осмотры, включая вакцинацию, и санитарное просвещение родителей; 2000 участковых медицинских сестер бесплатно посещают детей на дому и проводят семинары для родителей. Общая цель – добиться укрепления здоровья и благополучия детей, оказать поддержку родителям и предотвратить соматические и психические заболевания (Samuelsson et al. неопубликованные данные, 2013).

В Южной Австралии создано более 20 универсальных центров, где оказывается интегрированная помощь детям от 0 до 8 лет. В центрах предоставляются «услуги ухода за детьми и содействия их развитию с момента рождения и до младшего школьного возраста, информирование и обучение родителей и членов семьи, поддержка сетей общения для родителей, связи со службами здравоохранения, включая иммунизацию, профилактические осмотры, консультации и лечебные услуги» (Press et al., 2010).

В Соединенном Королевстве действуют 3600 детских центров «Надежный старт», которые изначально были предназначены для оказания помощи уязвимым семьям и сообществам и проводят вмешательства, направленные на сокращение неравенств в отношении здоровья на ранних этапах жизни. Финансирование в основном поступает от центрального правительства, средства начисляются в зависимости от уровня бедности в соответствующих местных сообществах (Eisenstadt & Melhuish, неопубликованные данные, 2013). Услуги, направленные на оказание помощи детям дошкольного возраста, интегрированы по различным государственным учреждениям, в которых объединены стратегии раннего образования и ухода. Центры «Надежный старт» «предоставляют семейную поддержку, вмешательства по улучшению родительского ухода и возможности

для домашнего образования, консультации по трудоустройству и получению социальных пособий, консультации в отношении здоровья и имеющих социальных учреждений», где родители могут встретиться в неформальной обстановке, благоприятной для детей (Eisenstadt & Melhuish, неопубликованные данные, 2013).

4.1.3. Коллективное руководство

Признавая неразделимость образования и ухода для детей раннего возраста, секторы и различные дисциплины работают совместно в целях «получения оптимальных результатов в отношении образования, здоровья и благополучия в универсальных условиях с целенаправленными вмешательствами для семей, которые могут нуждаться в дополнительной поддержке» (Government of South Australia, 2012). В Соединенном Королевстве настоятельно подчеркивается важность вовлечения родителей в планирование и реализацию программ, для того чтобы надлежащим образом были приняты во внимание местные потребности и условия. Проведенная в 2011 г. оценка выявила высокий уровень удовлетворенности среди родителей и успехи в борьбе с социальным отчуждением и межпоколенческой передачей бедности (National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, 2011).

В таблице 2 представлена полезная модель по осуществлению перехода от сосуществования к интеграции в отношении поддержки развития в раннем детском возрасте. В ней показано, что развитие партнерств требует времени; сам процесс интеграции предоставления услуг развивается постепенно и проходит через ряд этапов. В этом контексте возможные взаимоотношения – от сосуществования до совместной деятельности – представленные в континууме внутригосударственной интеграции (рис. 4, раздел 3.1), также могут быть применены к условиям местных сообществ, в которых происходит интеграция услуг для детей раннего возраста.

4.1.4. Актуальные проблемы и трудности

Барьером для успеха и сохраняющейся проблемой являются различия в интересах разных государственных подразделений на национальном уровне. Инициативы раннего детства в Соединенном Королевстве и в Южной Австралии столкнулись с аналогичными проблемами на начальном этапе, включая «различающиеся культурные нормы, системы ценностей и подходы к практике, базирующиеся на различиях в профессиональной подготовке» (Press et al., 2010). Также поступали сообщения о таких проблемах, как повышение рабочей нагрузки, неравномерные рабочие условия, недостаточное финансирование и дефицит лидерства на макроуровне (Press et al., 2010). В Соединенном Королевстве иногда бывает трудно прогнозировать сложности создания местной программы и обеспечивать адекватный квалификационный состав сотрудников

Таблица 2. Стадии интеграции

Программные элементы	Сосуществование	Координация	Сотрудничество	Интеграция
Образование и уход за детьми	Отдельные руководящие органы, отвечающие, соответственно, за уход за детьми раннего возраста, дошкольное и школьное образование	Некоторые члены одновременно входят в состав нескольких руководящих органов Представительство в группе поддержки	Структуры по уходу за детьми раннего возраста и дошкольного образования имеют общий руководящий орган и нескольких представителей в руководящем органе системы школьного образования	Структуры по уходу за детьми раннего возраста и дошкольного образования имеют общий руководящий орган и формально связаны с руководящим органом системы школьного образования Представители возглавляют создание группы партнерства и/или региональной консультативной группы и привязывают решения, принимаемые в своих руководящих органах, к этим группам
Элементы здравоохранения Элементы семей и сообществ Другие организационные элементы	Отдельные руководящие органы для каждой программы	Представительство в группе поддержки	Представители влияют на направления, услуги, которые должны предоставляться в детском центре, и решения относительно предоставления услуг в своем учреждении	Представители возглавляют создание группы партнерства и/или региональной консультативной группы и привязывают решения, принимаемые в руководящих органах своих служб, к этим группам
Планирование и мониторинг услуг	Связи между местными службами на основе неформальных взаимоотношений и прежней практики	Группа поддержки содействует фазе планирования детского центра Службы предоставляют друг другу копии своих стратегических планов	Группа поддержки влияет на направления и услуги, которые должны предоставляться в детском центре	Группа партнерства и/или региональная консультативная группа действует на основании заявления о намерениях и отвечает за подготовку и представление ежегодного доклада о достижении результатов Группа партнерства и/или региональная консультативная группа представлена в составе руководящего органа по вопросам ухода за детьми раннего возраста и дошкольного образования

Таблица 2 (продолжение)

Программные элементы	Существование	Координация	Сотрудничество	Интеграция
Политика и практика	Отдельные стратегии Неформальные индивидуальные партнерства	Объединенные стратегии Соглашения и протоколы о предоставлении услуг, а также меморандумы взаимопонимания проясняют механизмы предоставления и взаимодействия между провайдерами	Заявление о намерениях включает основные руководящие принципы, приверженность и перспективные позиции всех, кто работает в детском центре Объединенные стратегии, ресурсы и операционные соглашения разрабатываются по мере необходимости	Интегрированные стратегии для всех действующих сил в детском центре поддерживают интегрированную практику и бесперебойное предоставление услуг
Участие родителей и местных сообществ	Каждая местная служба поддерживает отдельные механизмы вовлечения родителей и местного сообщества в принятие решений	Обмен информацией, поступающей от родителей и общественных групп, связанных с каждым учреждением	Разрабатываются процессы, которые способствуют вовлечению семей и сообщества в деятельность детского центра	Создана консультативная родительская группа Всесторонние процессы, охватывающие все подразделения детского центра, способствуют вовлечению всех семей, включая приоритетную группу населения

Источник: адаптировано из Government of South Australia (2012).

для ее реализации (National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, 2011). Получение полной пользы от подхода к оказанию помощи на всех этапах жизни требует, чтобы полезные воздействия на здоровье накапливались в течение длительного периода. Однако это еще не является общей практикой. Обычно имеются определенные услуги для детей грудного возраста, однако для подростков и взрослых молодого возраста этих услуг меньше, и они носят менее систематический характер. Недостаток стратегического видения и неудовлетворительное руководство приводят к тому, что несправедливости по-прежнему сохраняются и обостряются.

4.1.5. Уроки из опыта

- Для полноценного планирования, реализации и оценки научно обоснованных стратегий необходимы политическая воля, время и деньги (National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, 2011).
- Сотрудничество министерств, в частности отвечающих за финансы, здравоохранение, образование и трудоустройство, имеет ключевое значение в обеспечении интегрированных услуг для детей раннего возраста. По-видимому, эффективным на местном уровне является динамичный и адаптивный процесс, который постоянно способствует мультидисциплинарному групповому сотрудничеству в целях значительного совершенствования услуг. Для того чтобы обеспечить тесное сотрудничество и активную групповую работу, особенно на начальных этапах, необходимо прочное лидерство на различных уровнях (Press et al., 2010).
- Универсального, подходящего для всех рецепта или единой модели предоставления интегрированных услуг, которая подойдет для любого сообщества, не имеется. В преодолении проблем могут помочь четкое разделение функций и ролей и приверженность к соблюдению общих этических принципов и культуры с общими ценностями и сферами ответственности.
- В рамках процесса интеграции следует поддерживать совместную разработку инновационных инструментов для долгосрочной систематической оценки. Учеба на уроках из опыта имеет ключевое значение.

4.2. Пути реализации: общегосударственный подход к стареющему населению

4.2.1. Суть вопроса

Население Европы стареет. ЕС объявил 2012 год Европейским годом активной старости и солидарности между поколениями. Основная цель – повысить осведомленность общества и помочь местным и национальным руководителям, определяющим политику, социальным партнерам и гражданскому обществу осознать масштабы данной демографической проблемы. Европейская комиссия опубликовала Белый документ о том, какими путями ЕС и государства-члены могут преодолеть основные трудности, с которыми сталкиваются системы пенсионного обеспечения. В нем предложен ряд инициатив по созданию необходимых условий для продления периода трудовой деятельности для пожилых людей. Другие инициативы направлены на оказание помощи людям в накоплении средств и создание возможностей для тех, кто переезжает на жительство в другие страны, сохранить свои пенсионные права (European Commission, 2012a).

4.2.2. Решения и подходы

Общегосударственный подход и принцип участия всего общества в отношении здорового и активного старения нацелены на то, чтобы пожилые люди не теряли работу и сохраняли финансовую независимость. Среди основных задач – обеспечить пожилым людям возможность удобного проживания у себя дома, включая легкий доступ к общественному транспорту. Системы здравоохранения будут все в большей мере принимать во внимание специальные потребности пожилых граждан и предоставлять им соответствующие услуги. Так же, как и в отношении раннего детского развития, страны требуют от провайдеров совместных усилий для увеличения числа универсальных центров обслуживания, где пожилые люди могут найти все необходимые услуги в одном месте.

Эти подходы особенно важны на местном уровне. ВОЗ (WHO, 2007) рассматривает предоставление всей необходимой поддержки для обеспечения активной старости как «один из наиболее эффективных подходов к поддержанию качества жизни и процветания во все более стареющем и урбанизированном мире» (вставка 12). Для того чтобы составить характеристики города, благоприятного для пожилых людей, силами ВОЗ проведен опрос среди пожилых людей в 33 городах всех регионов ВОЗ, выясняющий имеющиеся плюсы и препятствия по 8 аспектам городской жизни. По результатам опроса был составлен набор контрольных перечней по теме «Город, благоприятный для пожилых людей» (WHO, 2007).

Вставка 12. Инициатива Финляндии в поддержку активной старости

Летом 2012 г. Финляндия приступила к реализации межсекторальной программы систематических действий по проблемам старения. Руководит программой министр социальных дел и здравоохранения:

Программа действий должна, в частности, учитывать существующие точки зрения, доступность объектов окружающей среды, жилищные условия, передвижение и транспорт, социальную защиту, сочетание работы и пенсии, участие в жизни общества, предоставление услуг, профилактические действия, формы поддержки для членов семьи, поддержку неправительственных организаций, развитие навыков и знаний, а также финансирование (Government of Finland, 2012).

В сентябре 2012 г. рабочей группе высокого уровня было предложено составить конкретную и инновационную программу действий для построения в Финляндии общества, благоприятствующего пожилым людям. С 2006 г. вопросы активной старости – это одна из основных тем в межсекторальной государственной программе трудоустройства Финляндии. Этот подход также настоятельно рекомендуется другим странам.

4.2.3. Коллективное руководство

В некоторых странах с высоким уровнем дохода ведется поиск интегрированных подходов. Так, в Сингапуре был создан министерский комитет высокого уровня по вопросам старения, который в настоящее время является межведомственным комитетом по данному направлению. Комитет взял на вооружение принцип внимания ко всем возрастным группам и разработал рамочную основу с четырьмя ключевыми стратегиями, нацеленными на повышение общественного участия, поддержание здоровья и безопасность пожилых людей (рис. 6). Основопологающие элементы, проиллюстрированные на рисунке 6, также применимы и к другим группам населения, таким как подростки, дети и люди трудоспособного возраста.

Рисунок 6. Ключевые элементы и стратегические направления действий министерского комитета по вопросам старения, Сингапур



Источник: Ministry of Community Development, Youth and Sports (2007).

4.2.4. Актуальные задачи

Финансовая обеспеченность должна оставаться приоритетом, при этом широта охвата участников во многом зависит от финансовой доступности и эффективности мер поддержки активной старости. Следует всячески укреплять участие сообществ и предоставлять социальное пространство и стимулы для инициатив по межпоколенческим мероприятиям.



5.

Здоровье-2020 – приоритетная область 2. Решение наиболее актуальных проблем Европейского региона в области здравоохранения – неинфекционные и инфекционные болезни

5.1. НИЗ

Для успешного сокращения бремени неинфекционных заболеваний в Регионе необходимо сочетать различные подходы. Становится все более общепризнанным, что действия, влияющие лишь на индивидуальное поведение, имеют ограниченную эффективность. Поэтому политика Здоровье-2020 поддерживает реализацию интегрированных общегосударственных подходов с вовлечением всего общества, которые отражены в других региональных и глобальных стратегиях (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

5.1.1. Пути реализации: принцип участия всего общества в борьбе против НИЗ

В Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака подчеркивается важность политической воли и межсекторального сотрудничества, особенно с учетом конфликтов с табачной индустрией и другими действующими субъектами (такими как владельцы ресторанов и баров). Это было недавно проиллюстрировано на примере инициативы правительства Австралии по введению простой упаковки (без красочного оформления) для табачной продукции, которая в настоящее время поддержана верховным судом Австралии и повлекла значительные международные последствия (BBC, 2012a). Даже там, где имеются законодательные рамки, обычно возникает давление со стороны групп корпоративных интересов. Необходимо иметь мощные организационные механизмы для преодоления этих воздействий и для того, чтобы голос гражданского общества был услышан.

5.1.1.1. Суть вопроса

Под эгидой Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в сентябре 2011 г. состоялось совещание высокого уровня по профилактике и борьбе с НИЗ и принята соответствующая политическая декларация. Лишь второй раз в истории, после обсуждения проблемы ВИЧ/СПИДа в 2001 г., Генеральная Ассамблея вынесла на глобальный уровень рассмотрение вопроса, относящегося к здоровью. В политической декларации констатировалась необходимость усилий всего общества для сокращения риска НИЗ и содержался призыв к Генеральному секретарю ООН представить в конце 2012 г. «возможные направления работы по активизации и содействию в реализации многоотраслевых мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и ведению борьбы с ними на основе формирования эффективных партнерских связей» (Организация Объединенных Наций, 2012).

5.1.1.2. Решения и подходы

В Регионе предпринимается ряд усилий в рамках сотрудничества на региональном и национальном уровнях. Их успехи и трудности могут дать ценный вклад в проводимую под руководством Европейской комиссии разработку глобальной платформы по борьбе с НИЗ. В 2005 г. с общей целью сдерживания или поворота вспять тенденции роста избыточного веса и ожирения среди населения государств-членов была основана Платформа ЕС по питанию, физической активности и здоровью. Эта платформа действует под руководством Европейской комиссии, чья роль заключается в том, чтобы направлять подходы к сотрудничеству и действиям. Данные вопросы и развитие обеих платформ детально обсуждаются в работе Branca et al. (2007).

5.1.1.3. Коллективное руководство

Платформа представляет собой инновационный форум с участием многочисленных заинтересованных сторон, в том числе представителей от сектора бизнеса и гражданского общества, который объединяет усилия, для того чтобы «проводить обмен знаниями и идеями и обсуждать конкретные усилия по развитию и содействию здоровому питанию, физической активности и борьбе против ожирения» (European Commission, 2010). Действующие субъекты, такие как пищевая промышленность и НПО, защищающие права потребителей, часто имеют противоположные взгляды. Объединяя их под своей эгидой, платформа нацелена на развитие диалога. В состав платформы входят 33 члена от 9 секторов (табл. 3), однако эти члены представляют собой зонтичные организации европейского уровня: в одной только группе по питанию и напиткам состоят 73 организации-члена.

Платформе придает уникальный характер тот факт, что она стремится генерировать конкретные действия в следующих пересекающихся областях (EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2010):

- маркетинг и реклама: предложение и/или реализация ограничений или этических кодексов, часто относящихся к ограничению рекламы пищевых продуктов с высоким содержанием жира, сахара или соли (особенно ориентированной на детей);
- изменение состава пищевых продуктов: как правило, снижение содержания жира, сахара и соли;
- маркировка: внесение изменений в маркировку пищевых продуктов;
- образ жизни: просветительская деятельность среди определенных групп населения в отношении здорового питания и физической активности в целях изменения образа жизни;
- другое: остающиеся обязательства включают содействие научным исследованиям по проблемам профилактики ожирения, его лечения и мониторинга, а также обучения и формирования политики.

Таблица 3. Члены Платформы ЕС по действиям в области питания, физической активности и здоровья, по секторам

Сектор	Члены от коммерческих организаций	Члены от некоммерческих организаций	Всего
Реклама	3	0	3
Сельское хозяйство	2	0	2
Массовые коммуникации	1	0	1
Объединения потребителей	0	2	2
Пищевые продукты и напитки	1	0	1
Здравоохранение	0	9	9
Научные исследования	0	3	3
Розничная торговля и общественное питание	6	0	6
Спорт и фитнес	2	4	6
Всего	15	18	33

Источник: European Commission (2010).

Члены до настоящего времени сформулировали 292 обязательства, более половины из них посвящены вопросам образа жизни. Многие меры не носят принципиально нового характера, а отражают усиление или пересмотр ранее известных вмешательств (European Commission, 2010).

Создана система мониторинга, направленная на оценку каждого обязательства в рамках его соответствия целям платформы, имеющимся ресурсам, задачам и конечному запланированному результату (European Commission, 2010).

5.1.1.4. Актуальные проблемы и задачи

Пока еще рано оценивать влияние на здоровье, достигнутое обязательствами платформы, однако уже определены некоторые основные проблемы и задачи. Несмотря на то что система мониторинга требует от членов подотчетности за их действия, ей не удается эффективно определять, каким образом выполняемые обязательства способствуют сокращению масштабов ожирения. Имеющаяся система показывает лишь «ограниченный потенциал для повышения доверия членов к обязательствам, взятым другими» (European Commission, 2010). Поэтому рекомендуется, чтобы члены платформы формулировали четкие целевые ориентиры, предоставляли

исходные данные и, где возможно, устанавливали показатели оценки результатов по каждому ориентиру. Оценки также должны выявлять примеры наилучшей практики, которые могут служить руководством для взятия последующих обязательств (European Commission, 2010).

Уровень взаимопонимания между секторами повысился, однако инициативы, которые включают членов из различных секторов, находятся в дефиците, в основном из-за очевидного столкновения интересов между коммерческими и некоммерческими организациями по конкретным концептуальным перспективам, целям и приоритетам. Обзор, проведенный Европейской комиссией, показал, что в то время как 70% представителей от индустрии имеют позитивное мнение относительно довольно общих задач платформы, 80% членов от гражданского общества выступают за обновление ее мандата (European Commission, 2010).

5.1.1.5. Уроки из опыта

Для «сохранения поддержки со стороны некоммерческого сектора» было рекомендовано, чтобы Европейская комиссия определила новый мандат с учетом уже достигнутого до настоящего времени, установив приоритеты для будущей работы и оперативные задачи для совместной деятельности. Будет весьма важно сбалансировать и принять во внимание интересы и потребности обеих сторон. В частности, следует поощрять более активные обязательства со стороны сектора бизнеса путем более совершенных и прозрачных коммуникаций и публикаций мероприятий (European Commission, 2010).

5.1.1.6. Другие примеры

Платформа ЕС инспирировала создание ряда аналогичных национальных инициатив в странах ЕС, таких как следующие:

- Германия – Plattform Ernährung und Bewegung [платформа по питанию и физической активности];
- Венгрия – Венгерская платформа по питанию, физической активности и здоровью;
- Италия – piattaforma nazionale su alimentazione, attività fisica e tabacismo [национальная платформа по питанию, физической активности и борьбе против табака];
- Нидерланды – Роттердамский пакт по питанию и физической активности;
- Польша – Polska rada ds. diety, aktywności fizycznej i zdrowia [Польский совет по питанию, физической активности и здоровью];
- Португалия – plataforma contra obesidade [платформа против ожирения].

Она, однако, имела лишь ограниченное влияние на эти платформы (European Commission, 2010). Поэтому необходимо установить постоян-

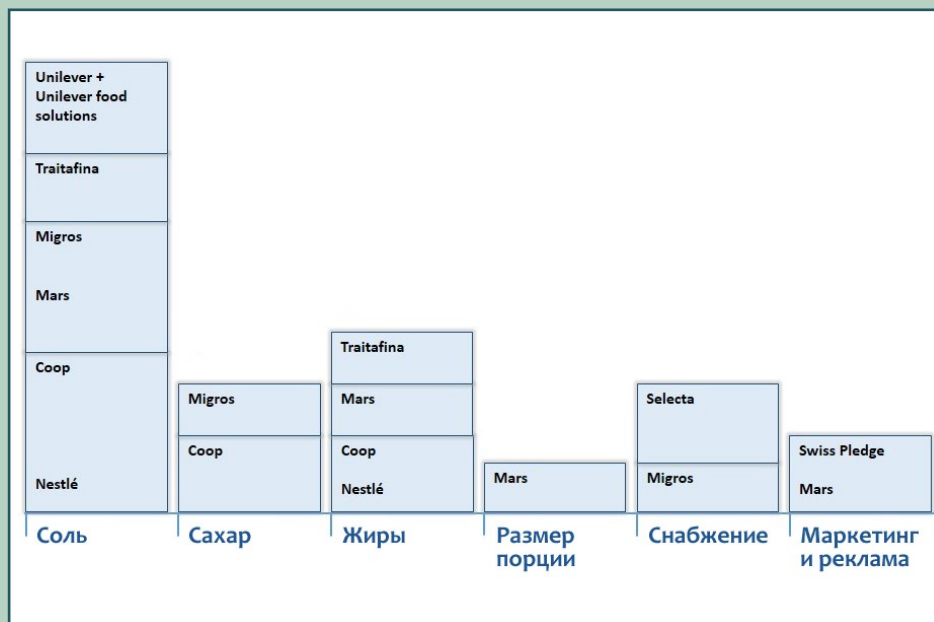
ные институциональные связи, причем работа платформы должна быть более заметной для граждан стран ЕС на национальном и местном уровнях. Платформа ЕС может оказывать позитивное влияние на деятельность ее национальных партнеров (вставка 13).

Примеры других стратегических вмешательств в области питания, включая ценовую политику, способствующую здоровому питанию, регламентацию маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей, и стратегии по сокращению потребления соли, были неформальным образом представлены в ходе «дня Европы» на 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья.

Вставка 13. Action Santé

Action Santé (2012) [действие в интересах здоровья] – это сетевая платформа в Швейцарии, посредством которой частные организации принимают на себя добровольные обязательства. Для информирования населения об усилиях компаний, в частности по сокращению содержания соли, насыщенных жиров и сахара в производимых ими пищевых продуктах, используются средства массовой информации, что действует как стимул для участия и вовлечения новых компаний. На рисунке 7 показаны компании – участники платформы.

Рисунок 7. Компании, участвующие в Action Santé



Source: Federal Office of Public Health (2013).

В некоторых странах подход к данной платформе был использован для разработки национальной политики. Так, например, в Соединенном Королевстве (Шотландия) «Форум лидерства в отношении пищевых продуктов и напитков» успешно объединил свыше 400 организаций из общественного и коммерческого секторов и гражданского общества, «включая предприятия общественного питания и розничной торговли, учреждения национальной службы здравоохранения (НСЗ), Агентство по пищевым продуктам и напиткам Шотландии, коммерческие предприятия, местные органы самоуправления и сообщества» (Scottish Government, 2009). В результате и в рамках процесса сбалансирования интересов данная платформа представила основы для формирования первой в Шотландии национальной политики по пищевым продуктам и напиткам, в которой были учтены вопросы качества, здоровья и благополучия, а также экологической устойчивости, и признана потребность в адекватном снабжении и финансовой доступности (Scottish Government, 2009).

В Южной Австралии был использован подход совместного стратегического руководства для разработки стратегии «Правильно питайтесь и будьте активными» на 2011–2016 гг., нацеленной на изменение поведения и оказание поддержки людям в переходе к более здоровому образу жизни (Government of South Australia, 2010, 2011). Эта стратегия – одна из наиболее всесторонних в данном ряду, и в ней выделены пять ключевых направлений деятельности (по аналогии с шагами, описанными в разделе 2.3 в отношении поворотных пунктов для изменений). Вокруг каждого поворотного пункта была собрана стратегическая сеть ключевых заинтересованных сторон, и были инициированы дополнительные действия (построенные на существующих программах оптимальной практики) для увеличения доли людей, которым свойственно здоровое питание, которые регулярно занимаются физической активностью и поддерживают здоровую массу тела (Government of South Australia, 2011). Будет применена Стратегия ЗВС и разработана эффективная коммуникация для охвата населения и всех соответствующих заинтересованных сторон, которые будут ежегодно встречаться для обмена информацией и оказания взаимной поддержки. Правительство будет обеспечивать лидерство, предоставление стимулов в отношении организационного, индивидуального и семейного поведения путем реализации новых стратегий, принятия соответствующих законов и осуществления налоговых мер. Для обеспечения оптимального сочетания действий предназначены постоянный мониторинг и оценка. При этом необходимо принимать во внимание эффективность и рентабельность, при которых инициативы базируются на результатах последних исследований и объективного опыта реализации аналогичных подходов в других странах (Government of South Australia, 2011).

5.2. Инфекционные болезни

Как описано выше, общегосударственные подходы – это совместные организационные механизмы, объединяющие государственный сектор через горизонтальные и вертикальные связи. Однако для борьбы с многочисленными инфекционными болезнями, как и в случае НИЗ, этого может быть недостаточно. На уровне глобального здравоохранения появились новые действующие субъекты, которые требуют своего места в принятии решений по вопросам здравоохранения и в изменении механизмов стратегического руководства (Low-Beer, 2012). Это отражено на институциональном уровне через «клиентурный подход» (constituency approach), применяемый, например, такими организациями, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В этом подходе центральное место занимает государство, вокруг которого расположены следующие структуры:

- частный сектор;
- организации двустороннего сотрудничества;
- организации многостороннего сотрудничества;
- лица с соответствующими нарушениями здоровья;
- гражданское общество;
- частные фонды (Low-Beer, 2012).

На практике границы между общегосударственным подходом и принципом участия всего общества часто размыты. Многие общегосударственные подходы используют элементы участия всего общества, такие как вовлечение граждан и сообществ для достижения лучших результатов. Термин «общегосударственный» (whole of government) используется в том же значении, что и «с привлечением всего общества» (whole-of-society) в контексте обеспечения готовности к пандемии (Towards a Safer World, 2011). В настоящем докладе, однако, используется определение, приведенное выше, которое вследствие участия широкого круга (негосударственных) действующих сил описывает подходы по участию всего общества как коллективное стратегическое руководство, выходящее за рамки официальных организаций. Принцип участия всего общества предусматривает оказание влияния на культуру, средства массовой информации, сообщества и все соответствующие области политики.

Целью должно быть совместное формирование социальных и экономических ценностей и, как четко показывает опыт борьбы с эпидемией ВИЧ, это требует ответа от всего общества, особенно там, где для разрешения проблем, связанных со здоровьем, необходимо воздействовать на социальные нормы. Необходимо совместное стратегическое руководство, которое успешно применялось по отношению к борьбе с другими инфекционными болезнями, как показал опыт Альянса ГАВИ. И Альянс ГАВИ, и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией используют всесторонние клиентурные подходы к стратегическому руководству в рамках своей политики.

5.2.1. Пути реализации: принцип участия всего общества в применении к борьбе против ВИЧ

5.2.1.1. Суть вопроса

В опубликованных в июне 2001 г. *Основах глобальной стратегии по ВИЧ/СПИДу* содержится призыв «ко всем секторам общества возглавить процесс активизации мер, предпринимаемых в ответ на ВИЧ/СПИД – в городах и деревнях, среди молодежи и тех, кто уже не молод, на уровне компаний и общинных организаций, стран и континентов» (ЮНЭЙДС, 2001). Опыт показывает важность многоуровневого стратегического руководства для координации формальных и неформальных действий многочисленных заинтересованных сторон на национальных и общинных уровнях (Low-Beer & Sempala, 2010). Появление новых глобальных игроков на поле охраны здоровья привело к появлению параллельных структур в странах-реципиентах, что стало в течение последних двух десятилетий причиной повышения накладных расходов, часто ведущего к «дефициту стратегического руководства и координации» (Low-Beer, 2012). «Период партнерства» 2000-х годов (Low-Beer, 2012) изменил баланс сил на глобальном, региональном и национальном уровнях.

5.2.1.2. Коллективное руководство

Инновационные партнерства в области здравоохранения в нарастающей мере объединяют важнейшие действующие силы в целях улучшения здоровья населения. Как показано на клиентурной модели стратегического руководства, национальные программы должны опираться на различные источники власти и деятельность сообществ в качестве «основных единиц стратегического руководства» (Low-Beer & Sempala, 2010). Эффективное включение широкого круга действующих сил и интересов для изменения поведения и норм среди индивидуумов и социальных сетей – это важнейшая задача в борьбе против ВИЧ. Партнерства должны объединять действующие субъекты новыми путями, например с применением структур, советов, страновой координации и инновационных механизмов реализации с вовлечением партнеров из различных сфер (Low-Beer, 2012). В этом контексте во всех случаях, когда доноры работают с национальными и местными партнерами для достижения общих целей, следует применять пять принципов Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи 2005 г. (ОЭСР, 2009b) – ключевого стратегического документа по совершенствованию качества внешней помощи и ее воздействия на развитие – приверженность, гармонизация, согласование, результаты и взаимная ответственность (Low-Beer, 2012). Это, несомненно, те же самые основные принципы, которые изложены во многих общегосударственных подходах и подходах с участием всего общества.

В масштабе Региона Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией создал в Болгарии, Румынии и Таджикистане страновые координационные механизмы – «государственно-частные партнерства на уровне страны, которые играют центральную роль в приверженности Глобального фонда к расширению местных возможностей и полномочий и коллективного принятия решений» (Abovskaia, 2007). В рамках этих механизмов и на основе приоритетных потребностей на национальном уровне разрабатываются и представляются в Глобальный фонд заявки на гранты. После одобрения заявки координационный механизм осуществляет оценку прогресса; в ходе освоения гранта – оценивает стратегии, поддерживает подотчетность реципиентов, выявляет потенциальные узкие места и, при необходимости, разрабатывает новые стратегии. В состав этих органов входят представители от государственного и частного секторов, в том числе от правительства, агентств многостороннего или двустороннего сотрудничества, НПО, академических учреждений, частного бизнеса и самих пациентов (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2011).

В 2002 г. был создан страновой механизм координации в Румынии. До этого национальная комиссия по эпиднадзору, контролю и профилактике случаев ВИЧ-инфекции подготовила заявку на получение гранта, пригласив ряд НПО представить свои предложения. Эти НПО были впоследствии включены в страновой координационный механизм, который к концу 2005 г. включал 43 члена (Abovskaia, 2007). В таком многочисленном составе проведение плодотворных стратегических обсуждений было почти невозможным, поэтому был сформирован исполнительный комитет с членами от каждой организации, которому были даны полномочия по определению порядка членства и сокращению численного состава. Впоследствии также были приняты и другие нормативы в ответ на меняющиеся обстоятельства, что превратило страновой координационный механизм в «самоуправляемый обучающийся орган» (Abovskaia, 2007), который продолжает разрабатывать необходимые инструменты. В 2007 г. он состоял из 30 представителей ведущих организаций, включая министерства, НПО, академические институты, организации международного развития и партнеры (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, ВОЗ и Агентство США по международному развитию, фармацевтические компании, организации, представляющие людей, живущих с ВИЧ-инфекцией) (Abovskaia, 2007).

В страновом координационном механизме в Румынии, были представлены следующие секторы:

- НПО (41%);
- правительство (37%);
- партнеры в области развития (13%);
- люди, живущие со СПИДом (3%);

- академический сектор (3%);
- фармацевтическая индустрия (3%) (Abovskaya, 2007).

В качестве первого основного реципиента гранта было назначено Министерство здравоохранения и семьи, а НПО, которые участвовали в процессе подготовки заявки на грант, стали первичными субреципиентами (другие НПО также могли подавать заявки после установления четких требований). Агентство США по международному развитию в рамках своего проекта технической помощи оказывало помощь основному реципиенту и субреципиентам в разработке более эффективных путей сотрудничества и прозрачных механизмов мониторинга и оценки для совместной подотчетности (Abovskaya, 2007). Партнеры в области международного развития успешно способствовали разрешению конфликтов между правительством и НПО, улучшали коммуникацию и помогали в организационном оформлении странового координационного механизма и текущих процедур, включая отбор субреципиентов. В результате все члены согласились со страновым координационным механизмом в качестве инновационного и эффективного средства для достижения консенсуса и совместного принятия решений (Abovskaya, 2007).

Следует, однако, отметить, что немаловажным стимулом для успешного создания в странах данных координационных механизмов стали существенные средства, вложенные Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Такого рода стимула часто не хватает в других областях, где необходимо аналогичное сотрудничество. Тем не менее равные права участия значительно укрепили НПО в Румынии – стране, в которой организации гражданского общества ранее играли не такую значительную роль. Путем привлечения широкого круга заинтересованных сторон, страновой координационный механизм эффективно использует идею обмена уроками из опыта: правительство выполняет лидирующую роль, однако подход констатирует, что, лишь опираясь на свои силы, оно не сможет решить проблему ВИЧ.

5.2.1.3. Актуальные проблемы и трудности

В начале процесса в Румынии стратегии и процедуры не были достаточно полно определены, отсутствовали ясные правила о том, как решать конкретные проблемы. Однако имелись четкие общие принципы, что дало возможность конкретного рассмотрения проблем по истечении периода адаптации.

В 2006 г. члены странового координационного механизма выбрали нового главного реципиента гранта. В результате правительство выразило мнение, что его прежнее решение оказалось пересмотренным, и заявило, что НПО «Румынский ангельский призыв» «победила» вследствие предвзя-

того отношения большинства НПО и международных партнеров в области развития в составе странового координационного механизма (Abovskaaya, 2007). Нужны дополнительные усилия для построения доверия и общих ценностей так, чтобы все члены видели перед собой общую цель, которую можно достичь лишь путем совместной работы.

Наконец, следует постоянно обеспечивать эффективное согласование и мониторинг связей между страновым координационным механизмом и главным реципиентом (Abovskaaya, 2007).



6.

Здоровье-2020 – приоритетная область 3.
Укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования

6.1. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека

Изменение демографических характеристик и структуры заболеваемости означает, что странам необходимо переориентировать свои системы медико-санитарной помощи на придание большей приоритетности профилактике болезней, комплексное предоставление услуг, поддержку самостоятельного ухода силами самих пациентов и копродукцию и максимальное приближение услуг к месту жительства пациентов, насколько это позволяет безопасность и затраты в сопоставлении с эффективностью (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

6.1.1. Механизмы осуществления: руководство через вовлечение граждан

По сравнению с предшествующими десятилетиями, сегодня люди имеют доступ к гораздо более широкому кругу выборов и вариантов образа жизни. Изменились ожидания в отношении того, как государство должно взаимодействовать с обществом. Имеются примеры из различных стран Региона, когда люди проявляют желание участвовать в различных стадиях цикла формирования политики на местном, субнациональном и национальном уровнях. В этом контексте «граждане ценят свое право оказывать аргументированное влияние на принятие решений, которые изменяют их жизнь» (Sheedy, 2008). В ряде стран набирают темпы дискуссии относительно внедрения методов прямой демократии, и при этом продолжаются дебаты о демократической легитимности ЕС, отражающие некоторые из этих процессов. Ряд недавних региональных и национальных стратегий, таких как инициатива «Европейские граждане», подчеркивает «разделение власти, информации и взаимное уважение между государством и гражданами» (Sheedy, 2008).

Правительства признают необходимость более прямого участия населения в решении сегодняшних социальных проблем (ряд примеров описан в работе Kickbusch & Gleicher, 2012). Проводятся эксперименты в области предоставления услуг, при которых пользователям дают больший выбор и предлагают большее разнообразие услуг с их большей доступностью, и при этом граждане имеют право голоса в том, какие услуги следует пре-

доставлять, например путем участия в опросах. Новые каналы коммуникации, такие как онлайн-социальные сети или смартфоны, содействуют внедрению этих методов выбора и права голоса (choice and voice), которые могут значительно повысить ответственность и подотчетность государственных служб (Public Administration Select Committee, 2005).

Участие граждан в решении вопросов здоровья предполагает наличие у них возможностей спрашивать ответ со структур здравоохранения, а также благоприятных условий для более эффективной заботы о своем здоровье (Kickbusch & Gleicher, 2012). Укреплять здоровье населения и предупреждать болезни можно только при активном участии граждан. Поэтому сектор здравоохранения должен вовлекать граждан в их функциях в качестве пациентов, потребителей и представителей общественности (Kickbusch & Gleicher, 2012) и постоянно рассматривать в качестве приоритета вопросы обеспечения социальной справедливости.

Вовлечение граждан означает их участие в охране собственного здоровья и в лечении болезней, а также в планировании, реализации и оценке стратегий и услуг здравоохранения (Health Consumers Queensland, 2012). Центральной характеристикой социального общества является копродукция (coproduction); правительства должны содействовать созданию организаций на базе сообществ, которые способствуют копродукции – понятию, которое определяется Giddens (2003) как «центральный компонент надежного государства <...> и процесс сотрудничества государства с гражданами в формировании социально желаемых результатов». Можно утверждать, к примеру, что родители, которые не позволяют своим детям употреблять нездоровые продукты питания, не только заботятся об их здоровье, но также «копродуцируют» более желательные и благоприятные результаты для всего сообщества (Alford, 2009).

6.1.1.1. Стратегии, расширяющие права и возможности граждан:

Акт по социальной поддержке в Нидерландах

Акт по социальной поддержке вступил в Нидерландах в силу закона в январе 2007 г. Он перенес основной акцент в предоставлении поддержки и помощи населению с национального на местные уровни государственной власти (Schoonheim, 2009). В соответствии с этим нормативным документом органы местного самоуправления должны проявлять отзывчивость к нуждам населения и предоставлять необходимые условия людям с ограниченными возможностями и инвалидностью, чтобы они могли «поддерживать свое домашнее хозяйство, иметь возможность передвижения по дому и в окрестности, предпринимать местные поездки и встречаться с другими людьми» (De Klerk et al., 2010).

Акт поддерживает подход, ориентированный на спрос со стороны населения. Органы местного самоуправления создали инклюзивные советы

по Акту социальной поддержки, предназначенные для представительства интересов людей с ограниченными физическими возможностями и пожилых людей. Советы стремятся к включению людей с ограниченными возможностями и принимают решения о том, какие услуги необходимо предоставлять (De Klerk et al., 2010). Акт также способствует неформальному оказанию ухода. Предоставляются денежные средства для формирования личных бюджетов, которые позволяют людям с ограниченными возможностями приобретать услуги по уходу, которые они считают необходимыми для удовлетворения своих потребностей. Это означает, что люди с ограниченными возможностями могут нанять помощников, которые им необходимы, в том числе и членов семьи (Schoonheim, 2009).

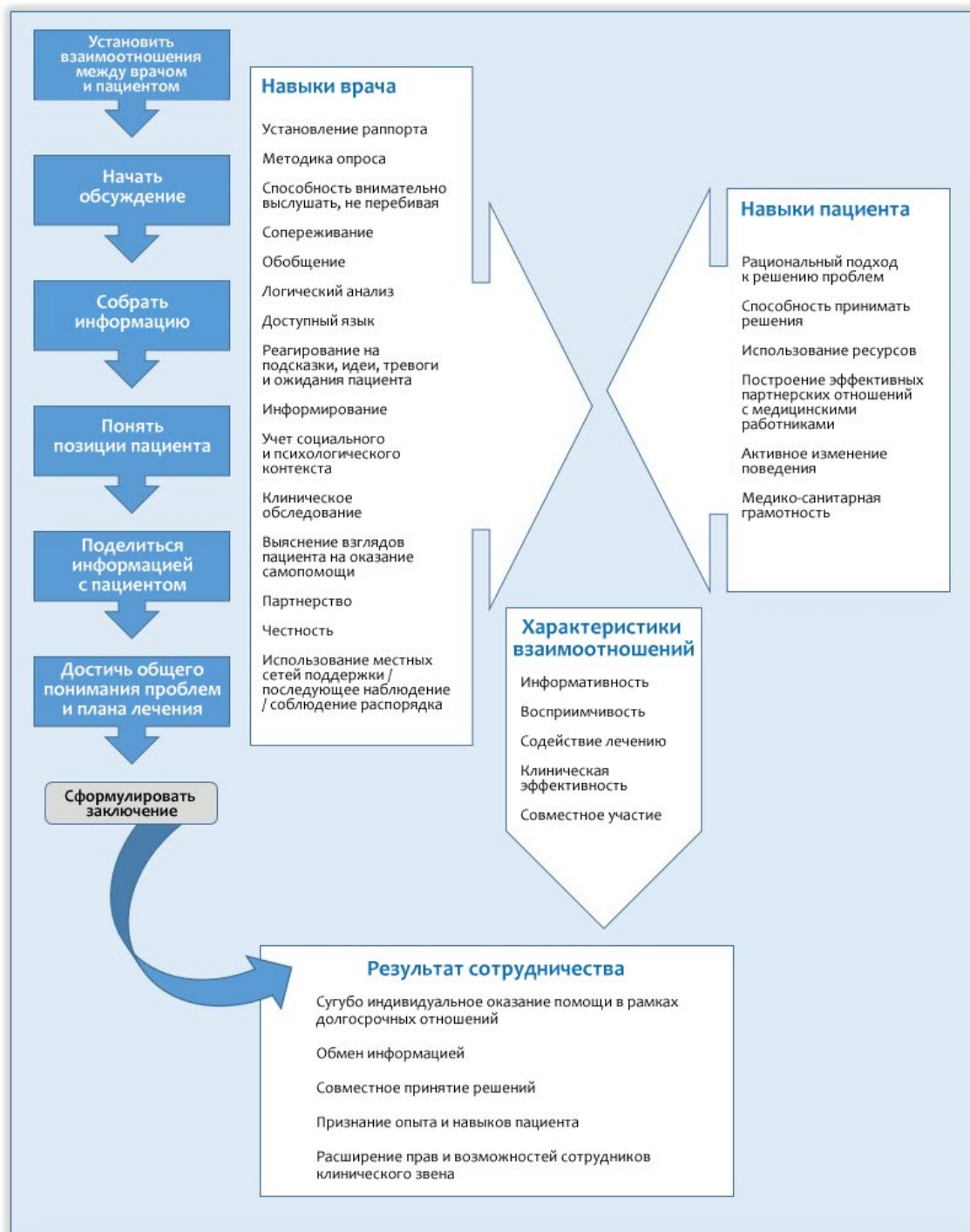
Приоритет отдается горизонтальным (а не вертикальным) формам подотчетности между органами местного самоуправления и гражданами в сообществе, и при этом с установленной периодичностью проводится оценка уровня удовлетворенности клиентов. Последняя такая оценка, выполненная Нидерландским институтом социальных исследований, установила, что услугами в рамках Акта по социальной поддержке пользуются 28 из каждых 1000 жителей и что произошли значительные позитивные изменения по разнообразию и типу предоставляемых услуг (De Klerk et al., 2010). Существенно повысились расходы на помощь по хозяйству, предоставляемые через систему индивидуального бюджета, несмотря на то что некоторые реципиенты жаловались на сложные процедуры подачи заявок (Schoonheim, 2009).

Многие местные органы государственного управления используют свои вновь приобретенные полномочия для создания адаптивных интегрированных стратегий, включающих другие стратегические области. В целом отмечено, что люди, проживающие в муниципалитетах, где местные органы власти в большей мере сосредоточены на предлагаемом подходе на основе спроса, обладают более выраженными социальными и жизненными навыками, но будет важно обеспечить, чтобы интересы и других целевых групп, таких как лица с нарушениями обучения или с хроническими расстройствами психического здоровья также не выпадали из поля зрения и чтобы эти группы были представлены в советах Акта социальной поддержки.

6.1.1.2. Расширение прав и возможностей пациентов: программа «Пациенты-эксперты» в Соединенном Королевстве

Для людей, страдающих хроническими заболеваниями, обмен информацией и совместное принятие решений может приводить к улучшению показателей здоровья, поскольку эти пациенты часто сами являются «экспертами» в отношении собственного состояния. В контексте предоставления медицинской помощи копродукция нацелена на принятие индивидуальных решений в отношении лечения, а также на поддержку пациентов,

Рисунок 8. Копродукция здоровья в консультации с лицами с хроническими нарушениями здоровья



Источник: Realpe & Wallace (2010).

оказывающих помощь самим себе (Realpe & Wallace, 2010). На рисунке 8 проиллюстрировано коллективное партнерство между пользователями и провайдерами услуг.

В Соединенном Королевстве признано, что растущее число пациентов с хроническими заболеваниями не должны быть лишь пассивными получателями медицинских услуг. Повышая уровень знаний пациентов до того уровня, когда они становятся способными взять на себя ответственность за лечение собственной болезни, программа «Пациенты-эксперты» позволяет людям, живущим с хроническими расстройствами здоровья, осуществлять более действенный контроль своего состояния (Department of Health, 2001). Программа основана на предпосылке, что пациенты, как и медицинские работники, обладают собственными ценными знаниями и опытом, и поэтому и те, и другие должны работать совместно в целях оптимизации лечения. Суть программы – в организации бесплатных шестинедельных курсов, призванных помочь лицам с хроническими нарушениями здоровья контролировать свое состояние на повседневной основе и научить их, как оптимальным образом использовать консультативные посещения врача (Holmes, 2011).

Цель – дать людям уверенность в том, что они могут взять на себя больше ответственности за контроль своего здоровья, в то же время поощряя их к совместной работе с медицинскими и социальными работниками. Опрос участников выявил «значительное повышение степени удовлетворенности качеством жизни» (Holmes, 2011). Одна из важных предпосылок этого состоит в том, что программа успешно использует и строит социальные сети, которые имеют существенный позитивный эффект на здоровье и благополучие пациентов (вставка 14). Наконец, что не менее важно, несмотря на то что программа бесплатная, анализ показал, что она обладает экономической эффективностью по сравнению с обычными методами лечения (Holmes, 2011).

6.1.2. Пути реализации: местная демократическая легитимность в вопросах здоровья

6.1.2.1. Советы здоровья и благополучия в Соединенном Королевстве

Государственные услуги во многих странах предоставляются через различные ведомства и учреждения, каждое из которых проводит собственные программы по своим каналам (Сое, 2008). Страны стремятся к решению связанных с этим проблем, и недавним примером было создание советов здоровья и благополучия в Соединенном Королевстве (Англия).

Акт по здравоохранению и социальной поддержке, принятый в марте 2012 г., представляет собой одну из наиболее масштабных реформ реструктуризации в истории национальной службы здравоохранения (НСЗ). Несмотря

Вставка 14. PatientsLikeMe® («Такие же пациенты, как и я») – обмен медицинскими данными для улучшения показателей здоровья

PatientsLikeMe® (2005–2013) – это формат социальной сети, позволяющий пациентам раскрывать свои медицинские данные в онлайн-режиме. Это особенно полезно для пациентов с хроническими болезнями, поскольку таким образом они могут обмениваться своим опытом в мировом масштабе и получать информацию о новых видах лечения и лекарствах. Пациенты с редкими болезнями также часто получают возможность найти других пациентов с такими же нарушениями здоровья и совпадающими демографическими и клиническими характеристиками (Wicks et al., 2010). Платформа индивидуального поиска дает пациентам возможность не только принимать более обоснованные решения в отношении лечения, но также получить поддержку от других.

Исследования показывают, что значительная доля членов сети получает пользу от участия в данном сообществе (Wicks et al., 2010). Некоторые группы, которые сформировались на основе платформы PatientsLikeMe®, предоставляют объединенные наборы данных, которые достаточно значительны для клинических исследований. Некоторые фармацевтические компании провели клинические испытания на основе информации с этого веб-сайта (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Такая «открытость» представляет систему ценностей, основанную на прозрачности и позволяющую формулировать взаимопользные инициативы. Как доказывает один из случаев непредвиденного раскрытия частной информации, прозрачность крайне важна: пациенты всегда должны быть проинформированы о том, что происходит с их данными и кому и с какой целью они могут передаваться. Копродукция знаний между обществом и наукой может вести к беспроигрышным ситуациям, только если обеспечен высокий уровень доверия (Kickbusch & Gleicher, 2012).

на то что сам акт вызвал много споров, создание советов здоровья и благополучия (Department of Health, 2012) встретило почти всеобщую поддержку. Основная идея этих советов – обеспечить комплексное, хорошо скоординированное и совместно планируемое предоставление услуг. Советы здоровья и благополучия – это единственный компонент реформированной НСЗ, который «призван объединить различные организации и интересы в целях содействия местному сотрудничеству и интеграции» (Humphries et al., 2012).

Они предназначены для укрепления подотчетности и демократической легитимности путем повышения роли органов местного самоуправления в планировании и контроле деятельности местных служб здравоохранения по следующим направлениям:

- совместная стратегическая оценка потребностей местного населения;
- формулирование местной стратегии здравоохранения и повышения уровня благополучия на основе собранных данных;
- использование составленной всесторонней рамочной основы для планирования услуг здравоохранения, социальной помощи, общественного здравоохранения и других служб, которые совет сочтет необходимыми;
- содействие дальнейшей интеграции и укреплению партнерства, включая совместное распределение заказов на услуги, интегрированное предоставление услуг и, по мере целесообразности, объединение бюджетов (Humphries et al., 2012).

Основные цели – вовлечь широкий круг заинтересованных сторон, граждан и сообществ, добиться активного участия врачей общего профиля в стратегическом планировании, а также уделить больше внимания профилактическим мерам. Одна из отправных точек – эффективно интегрировать службы здравоохранения и социальной поддержки и другие местные службы, связанные с организацией отдыха и с жилищным обеспечением, которые прямо или косвенно влияют на здоровье и благополучие местных сообществ (Humphries et al., 2012).

Было высказано мнение, что наиболее эффективный численный состав совета – 8–12 членов, несмотря на то что большинство советов имеет более многочисленный состав. В соответствии с результатами опроса, проведенного Humphries et al. (2012), предусмотрено, что в советах будут представлены следующие группы заинтересованных сторон: группы общественности и пациентов, больничные фонды и вторичные провайдеры услуг, общественное здравоохранение, группы добровольного сектора или третьего сектора, советники, социальная помощь, группы заключения контрактов на клинические услуги (clinical commissioning groups) и районные советы.

В этом контексте необходимы развитие прочных рабочих отношений, приверженность к интеграции, согласование приоритетов, доверие, приоритизация первичной помощи и совместное проведение оценок стратегических потребностей (Humphries et al., 2012). Все эти процессы находятся на начальной стадии, и еще рано делать какие-либо определенные выводы.

6.2. Укрепление потенциала общественного здравоохранения

Достижение улучшенных показателей здоровья требует существенного укрепления потенциала общественного здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012). В этом контексте потенциал может рассматриваться как способность системы решать новые задачи и реагировать на незнакомые ситуации. Стратегические вмешательства, которые способствуют укреплению здоровья и профилактике болезней, – это средство сокращения расходов и построения потенциала в рамках системы здравоохранения и общества в целом (Van den Broucke, 2009).

6.2.1. Пути реализации: руководство через сочетание регламентирования и убеждения

Стратегическое руководство становится более подвижным, многоуровневым, вовлекающим большое число заинтересованных сторон и адаптивным. Иерархические средства руководства все больше и больше дополняются другими механизмами, такими как «мягкая сила» (soft power) и «мягкое право» (soft law). Успешное решение современных проблем здравоохранения, таких как НИЗ, требует эффективной комбинации различных инструментов политики. Традиционные стратегические подходы – законодательство, санкции, регламенты, субсидии или налоги – могут оказаться недостаточными и должны дополняться инструментами, основанными на методах вовлечения граждан в усилия по изменению поведения. Так, например, запрет на рекламу нездоровых продуктов питания, ориентированную на детей, может оказаться относительно неэффективным без проактивного использования кампаний в средствах массовой информации для просвещения людей (особенно родителей) и популяризации здорового питания.

Возникшая из поведенческой экономики, политика подталкивания (nudge policies) нацелена на то, чтобы людям было проще сделать выбор в пользу здоровья. Подталкивание – это «любой аспект логической структуры выбора, который предсказуемым образом изменяет поведение людей, не запрещая никаких альтернативных вариантов выбора и не вызывая значительных изменений в их экономических стимулах» (Thaler & Sunstein, 2008). В этом контексте наглядный пример дают школьные столовые. Изменение того, каким образом детям предлагаются блюда, может в значительной мере способствовать выбору более здоровых продуктов (Thaler & Sunstein, 2008). Это показывает, что небольшие детали могут значительно воздействовать на поведение людей.

Предпосылкой, стоящей в основе политики подталкивания, – является то, что традиционные взгляды рационального «homo economicus» не всегда главенствуют. Данный феномен особенно ярко проявляется в отноше-

нии питания или видов рискованного поведения, таких как курение или употребление алкоголя (Thaler & Sunstein, 2008). Обычно люди испытывают «стремление сохранять статус-кво, то есть варианты, предлагаемые по умолчанию» (Thaler & Sunstein, 2008). Интересно то, что такую инерцию можно эффективно использовать: принятие решения часто предполагает усилие и может быть связано с определенным стрессом, в то время как согласие с вариантом, представленным по умолчанию, никаких усилий не требует (Johnson & Goldstein, 2003). Суть заключается в том, что «изменения архитектуры выбора могут улучшать жизнь людей» (Thaler & Sunstein, 2008). Путем установления правил или отбора заведомо предлагаемых готовых решений, то есть выступая в роли «архитектора выбора», государство может воздействовать на выбор в пользу здоровья и таким образом содействовать улучшению его показателей.

Следующие примеры взяты из практики различных стран и разных контекстов и отражают меры убеждения и регуляции.

6.2.1.1. Убеждение посредством политики подталкивания: донорство органов и вариант по умолчанию в Австрии

Сила политики подталкивания становится очевидной в контексте вариантов по умолчанию и донорства органов. По всей вероятности, определенные правила выбора по умолчанию могут способствовать большей доступности органов для трансплантации и, соответственно, спасению жизней (Thaler & Sunstein, 2008). В Германии, например, как и во многих других странах, в течение многих лет использовалось правило активно заявляемого согласия (opting in), иными словами, человек должен предпринять конкретные шаги, чтобы продемонстрировать свое желание стать донором. Несмотря на то что большинство людей в принципе были не против донорства своих органов, нередко они не предпринимали таких шагов. Поэтому уровень потенциального донорства органов был низким (12%). В противоположность этому, Австрия использует правило подразумеваемого согласия, которое сохраняет свободу выбора, но отличается от правила активно заявляемого согласия в силу иных исходных предпосылок. В соответствии с этой политикой считается, что все жители согласны стать донорами, однако у каждого есть возможность заявить о своем нежелании предоставлять органы для трансплантации (opting out). Поэтому почти все граждане (99%) являются потенциальными донорами (Thaler & Sunstein, 2008). «Система подразумеваемого согласия (opting out) обеспечивает эффективный уровень донорства органов – 99,98% в Австрии, в то время как в Дании, где требуется заявляемое согласие (opting in), соответствующий уровень составляет только 4,25% (Johnson & Goldstein, 2003).

Имеется множество других примеров того, как политика подталкивания может влиять на поведение людей: в отношении здорового питания – путем выставления на первый план овощей и фруктов в супермаркетах,

в отношении более активного участия в физической активности – путем архитектурной приоритизации лестниц в общественных зданиях, создания более благоприятных условий для велосипедной езды и организации проката велосипедов (Kickbusch & Gleicher, 2012). В Соединенном Королевстве приобрели популярность бесплатные и легкодоступные спортивные площадки на открытом воздухе (BBC, 2012b). Вместе с тем понятно, что политика подталкивания лишь сама по себе явно недостаточна для разрешения сегодняшних социальных проблем.

6.2.1.2. Стратегии снижения потребления соли: подходы к коллективному стратегическому руководству

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что высокий уровень потребления соли вносит серьезный вклад в повышение риска артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний (WHO, 2007). Исследования указывают на то, что стратегии по сокращению потребления уровня соли среди населения имеют значительный эффект в плане благоприятного влияния на здоровье и экономии средств (Millett et al., 2012).

На форуме ВОЗ 2006 г. и техническом совещании в Париже были намечены следующие шаги в планировании и реализации национальных стратегий по сокращению потребления соли (Penney, 2009; WHO, 2010) (Рис. 9):

- **Лидерство:** прочное политическое лидерство со стороны министерства здравоохранения, наличие необходимых ресурсов и четкий мандат имеют важнейшее значение для успеха стратегии по сокращению потребления соли на популяционном уровне. На самых ранних стадиях следует сформировать координационную группу.
- **Сбор данных и количественная оценка:** формирование политики на основе фактических данных возможно лишь при условии наличия достаточных научно обоснованных данных и хорошо известных показателей потребления соли населением, характера питания и содержания соли в производимых пищевых продуктах.
- **Установление целевых ориентиров на национальном уровне:** ВОЗ рекомендует, чтобы уровень суточного потребления соли на душу населения составлял менее 5 г. На основе собранных данных страны могут, однако, на первых порах выбрать более высокий целевой ориентир.
- **Выявление и привлечение заинтересованных сторон:** координационная группа должна выявить все соответствующие заинтересованные стороны (такие как пищевая индустрия, НПО, средства массовой информации, академические структуры и государственные органы), с которыми необходимо сотрудничать, и также определить методы построения соответствующих партнерских отношений.
- **Кампания по информированию потребителей и маркировка пищевых продуктов:** для информирования потребителей необходимы кампания в средствах массовой информации о негативном влиянии потребления

соли в больших количествах, а также четкая и легко понятная маркировка пищевых продуктов.

- **Изменение состава и регламентация пищевых продуктов:** необходимо добиться соглашений с пищевой индустрией. Регламентацию по сокращению содержания соли в пищевых продуктах следует вводить постепенно.
- **Мониторинг и оценка:** силами национальной системы эпиднадзора необходимо измерять все усилия и проводить обзор ресурсов, необходимых для поддержания устойчивой и эффективной стратегии.

В 2008 г. ЕС принял рамочную основу по сокращению потребления соли в соответствии с рекомендациями ВОЗ (European Commission, 2012b).

Рисунок 9. Разработка и реализация политики сокращения потребления соли



Источник: WHO (2010).

Эта рамочная основа поддерживает национальные планы через такие инициативы, как вовлечение заинтересованных сторон на уровне ЕС и популяризация примеров наилучшей практики. В результате увеличилось число страновых инициатив: сегодня 29 европейских стран – все члены ЕС, Норвегия и Швейцария – приняли стратегии по сокращению потребления соли, хотя и в различных масштабах и степени охвата.

Финляндия имеет наиболее всестороннюю стратегию, принятую в 1982 г. В стране за последние 20 лет удалось снизить средний уровень потребления соли с 14 г на душу населения в день до менее 10 г. Для этого был использован в значительной мере нормативный подход с эффективной комбинацией законодательства, просвещения потребителей, выпуска рекомендаций по питанию и разработки новых пищевых продуктов (WHO, 2010) (вставка 15). Обязательная маркировка пищевых продуктов и сотрудничество с пищевой индустрией явились ключевыми элементами успеха стратегии, и широкий подход к повышению уровня информированности населения, например через систему образования, внес значительный вклад в развитие на уровне населения более сознательного отношения к потреблению соли с учетом ее влияния на здоровье (European Commission, 2012b).

Вставка 15. Долгосрочная стратегия в Финляндии

Финский национальный совет по питанию в 1978 г. рекомендовал предпринять меры в отношении потребления соли. Был использован суточный диуретический тест на выборке населения в сочетании с опросами в отношении характера питания. Реализация этих мер продолжается на регулярной основе. Был установлен целевой ориентир потребления соли: 5 г/сутки. Несмотря на то что стратегия начала осуществляться в одном регионе, она была быстро распространена на национальный уровень, и были привлечены национальные и местные органы здравоохранения, школы и НПО, причем последние в большей мере, чем правительство, осуществляли на широкой основе проекты просвещения потребителей и проводили кампании в средствах массовой информации для повышения уровня информированности населения, например через систему образования.

Обязательная маркировка на продуктах питания включала предупреждающие надписи о высоком содержании соли на всех продуктах, где это содержание превышало пределы в соответствующих категориях, таких как хлебобулочные изделия, мясные и рыбные продукты, сливочное масло, супы и готовые блюда. Многие продукты в резуль-

Вставка 15 продолжение

тате исчезли из продажи и были заменены новыми альтернативными продуктами с менее высоким содержанием соли. Появился новый препарат минеральной соли (PANSALT®) для замены хлористого натрия, который теперь широко признан в стране.

Пищевая индустрия была задействована с ранних стадий, однако изменения в большей степени стимулировались законодательством (особенно требованием по маркировке) и вниманием средств массовой информации, нежели добровольными соглашениями.

Источник: Penney (2009).

Стратегии, принятые, например, в Соединенном Королевстве и Швейцарии, уделяют больше внимания сотрудничеству с пищевой индустрией. Переговоры и добровольное помещение маркировок на продукты питания имели относительный успех в Соединенном Королевстве, где 40% обработанных пищевых продуктов, поступающих в продажу, несут этикетки в виде светофора (Penney, 2009). Система была разработана в условиях широкой апробации потребителями и наглядно показывает, какое содержание (высокое, среднее или низкое) соли, сахара, жиров и насыщенных жирных кислот имеет тот или иной продукт.

Опыт показывает, что стратегии по сокращению соли должны базироваться на фактических данных, иметь перспективный характер и подвергаться постоянному мониторингу, чтобы обеспечить адаптацию к меняющимся обстоятельствам. Подход Финляндии оказался экономически эффективным и успешным в сокращении потребления соли на уровне населения, в частности вследствие своего регламентирующего аспекта. Другие страны также ищут адекватные меры для эффективного сокращения потребления соли своим населением. Имеющиеся препятствия включают недостаток потенциала для проведения необходимых научно-исследовательских работ и мониторинга, недостаточность ресурсов для проведения кампаний в средствах массовой информации, сопротивление со стороны пищевой индустрии, импорт пищевых продуктов из других стран и несоответствие характера проведения медийных кампаний определенным культурным традициям страны. ВОЗ и другие региональные сети могут предоставить помощь и ресурсы для научных исследований и разработки национальной системы эпиднадзора. НПО и потребительские группы могут использовать средства массовой информации, для того чтобы отметить позитивные сдвиги или, наоборот, выразить критику в адрес пищевой индустрии. Кампании средств массовой информации

должны использовать различные типы медийных каналов, для того чтобы вовлечь как можно больше людей (WHO, 2010).

Следует отметить, однако, что сокращение потребления соли – это лишь один из аспектов более широких усилий по изменению состава пищевых продуктов, направленных на улучшение их питательного качества.

6.2.1.3. Налогообложение нездоровых пищевых продуктов в целях улучшения здоровья: налог на жиры в Дании

Научные исследования и модели спроса на пищевые продукты позволяют предполагать, что (по крайней мере, гипотетически) налоги имеют значительный потенциал влияния на выбор пищевых продуктов, изменение характера питания и улучшение здоровья (McColl, 2009). Предполагается, что налог на жиры может потенциально помочь в достижении двух целей: снизить потребление нездоровых пищевых продуктов и увеличить бюджетные поступления, которые будут направлены на поддержание программ по улучшению питания и профилактике ожирения (Allais et al., 2010).

Высказывается мнение о том, что пигувианские налоги (налоги на рыночную активность, которая генерирует негативные внешние эффекты), налагаемые на табак и алкоголь, в прошлом были успешны и что те, кто ведет нездоровый образ жизни, должны платить больше для изоляции негативных внешних эффектов и компенсации социальных издержек (таких как лечение в рамках государственной системы здравоохранения). Однако налогообложение табака в качестве меры борьбы с курением – это более легко осуществляемая мера, чем налогообложение (насыщенных) жиров для борьбы с ожирением. Курение является непосредственной причиной ряда болезней, в то время как жиры, которые можно найти в большинстве пищевых продуктов, не обязательно и не прямым образом ведут к нарушениям здоровья. Поэтому принятие мер, направленных на сокращение потребления продуктов с высоким содержанием жиров в целях улучшения показателей здоровья, представляет собой трудную задачу.

В целом у государства имеется два варианта налогообложения жиров: можно облагать налогом либо определенные группы пищевых продуктов, таких как нездоровые продукты быстрого питания, либо все продукты с содержанием жира свыше заведомо определенного порога (вставка 16) (Clark & Dittrich, 2010).

Предпринятая в Дании попытка налогообложения продукции с содержанием насыщенных жиров выше определенного порога имела два видимых преимущества по сравнению с налогообложением определенных групп продуктов: потребителям было труднее найти заменители, и удалось избежать субъективного или даже стигматизирующего отбора определенных продуктов для налогообложения.

Вставка 16. Налог на жиры в Дании

Дания ввела налог на жиры в 2011 г. в ответ на тот факт, что 80% взрослых и детей употребляли в пищу насыщенные жиры в количествах, превышающих диетические рекомендации (Smed, 2012). С учетом того факта, что ожирение – это не просто результат потребления жиров, налогообложение жиров явилось частью более крупной реформы налоговой системы, при которой были сокращены ставки подоходного налога и повышены или установлены налоги на вредности, такие как табак, алкоголь, сладости, безалкогольные напитки и насыщенные жиры.

Налог на жиры исчислялся по весу насыщенных жиров в мясных и молочных продуктах, маслах и других жиросодержащих продуктах, если содержание насыщенных жиров в них превышало 2,3%. Из налогообложения исключались все виды молока (Smed, 2012). Налог должны были выплачивать компании, которые производили пищевые продукты на коммерческой основе или импортировали их для потребления в Дании. Пищевые продукты, подлежащие экспорту, налогом не облагались (Smed, 2012).

Несмотря на фактические данные о том, что налог имел некоторое влияние на уровень потребления насыщенных жиров, он был отменен в январе 2013 г. Основной причиной отмены была озабоченность по вопросам трансграничной торговли и конкурентоспособности.

Подход Дании к налогообложению спровоцировал дебаты во многих европейских странах, таких как Румыния, Соединенное Королевство и Финляндия. Возможность введения налога на нездоровые пищевые продукты в настоящее время рассматривается в Венгрии (налог на продукты с высоким содержанием сахара, соли и жиров) и Франции (налог на безалкогольные напитки) (Villanueva, 2011).

Многие потребители смогли избежать роста издержек путем закупок в соседних странах. В одном из исследований было обнаружено, что 48% жителей Дании совершают определенные покупки в соседней Швеции или Германии, и по данным доклада министерства налогов общая сумма закупок в таких поездках в 2012 г. составила 10,5 млрд датских крон, что составило 10%-ный рост по сравнению с предшествующим годом (The Economist, 2012).

По прогнозам, введение такого метода налогообложения должно было повлечь высокие административные издержки и быть дорогостоящим для мониторинга, поскольку было бы необходимо регулярно проверять

содержание жира в пищевых продуктах. Другой прогнозируемой проблемой был неэластичный спрос на пищевые продукты. Возможно, это хорошо для правительства, которое устойчивым образом получает высокие налоговые поступления, но было показано, что для того чтобы значительным образом изменить спрос населения, налог должен достигать не менее 20% сверх изначальной цены (Hawkes & Mytton, 2012). Другая общая проблема налогообложения насыщенных жиров заключается в том, что этот налог носит регрессивный характер, означая, что семьи с меньшим уровнем дохода тратят более значительную долю своего дохода на налог, чем семьи с более высоким уровнем дохода (McColl, 2009).

Введения только лишь налоговых мер недостаточно, и их следует использовать в сочетании с сокращением налогов или субсидированием, напри-

Рисунок 10. Различные инструменты проведения политики



Источник: Dubé et al. (2009).

мер, фруктов и овощей, для того чтобы снизить цены на более здоровые пищевые продукты (McCull, 2009). В конечном счете в Дании достигла значительных масштабов оппозиция мелкооптовых производителей пищевых продуктов и розничных торговцев, поскольку действие налога подрывало их конкурентоспособность (The Economist, 2012). Это пример высвечивает определенные политические и технические проблемы таких вмешательств. Возможно, необходимы дополнительные исследования по методам разработки наиболее эффективных и рентабельных схем субсидий и налогообложения.

Как показано на рисунке 10, правительства могут выбирать из большого разнообразия инструментов для достижения стратегических целей, таких как здоровое питание и наличие устойчивой системы продовольственного обеспечения.

В контексте борьбы с НИЗ и взаимоотношений с пищевой индустрией концепции убеждения и добровольного саморегулирования могут иметь определенные ограничения. В случае конфликтов интересов с пищевой индустрией может стать необходимым применение подхода, который изначально был определен как «разумное регулирование» (smart regulation). Эта модель предусматривает использование пирамиды правоприменения, в основании которой находятся меры убеждения, а в вершине – более сильные меры контроля и нормирования. Руководители, реализующие политику в соответствии с этой логикой, применяют меры убеждения и добровольные обязательства до тех пор, пока они работают, но при необходимости прибегают к тщательно целенаправленным и все более жестко принудительным стратегиям (Gunningham, 2010). Нередко принцип «минимальной достаточности» успешно действует, когда известно о наличии в резерве потенциально более серьезных санкций (Ayles & Braithwaite, 1992). Прошлый опыт показал, что даже само наличие угрозы регулирования бывает достаточным для изменения поведения компаний.

6.3. Укрепление готовности, эпиднадзора и ответных действий при чрезвычайных ситуациях

Ключевое значение имеют разработка гибкой политики, повышение устойчивости структур к неблагоприятным внешним воздействиям, а также надежное прогнозирование и обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения. Важно, чтобы стратегии отражали комплексный характер причинно-следственных связей и давали возможность оперативного реагирования, с применением инновационных методов, на непредвиденные события, например на вспышки инфекционных болезней (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

6.3.1. Пути реализации: принцип участия всего общества в обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям

6.3.1.1. Суть вопроса

Последние два десятилетия отмечены целым рядом глобальных бедствий биологического характера, связанных с такими инфекциями, как ТОРС, губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота и птичий грипп H5N1. Последняя крупная вспышка гриппа произошла в 2009 г., когда ВОЗ объявила, что новый штамм вируса H1N1 свиного происхождения носит пандемический характер. Уроки, извлеченные из опыта борьбы с этими вспышками, открывают возможности для обеспечения более эффективной региональной и национальной готовности к чрезвычайным ситуациям. Вместо того чтобы сосредотачиваться на конкретных вспышках, пандемии можно включать в подход с учетом любых угроз, применение которого эффективно повышает стойкость к внешним воздействиям на индивидуальном и общественном уровнях.

6.3.1.2. Коллективное руководство

Признавая сохраняющийся риск будущих тяжелых пандемий, Организация Объединенных Наций придерживается принципа участия всего общества в обеспечении готовности к бедствиям, подчеркивая роль государства, бизнеса и гражданского общества. Готовность требует интегрированного планирования и «управления комплексными взаимоотношениями между различными секторами и между международными, национальными и местными действующими субъектами» (Towards a Safer World, 2011). Отсутствие надлежащих и скоординированных действий по обеспечению готовности среди заинтересованных сторон, таких как органы государственного управления, частные компании, средства массовой информации, НПО и вооруженные силы, подрывает возможность сектора здравоохранения осуществлять эффективные меры реагирования во время пандемии. Поэтому необходимо заблаговременно выявлять все заинтересованные структуры и обеспечивать их взаимодействие и согласование функций.

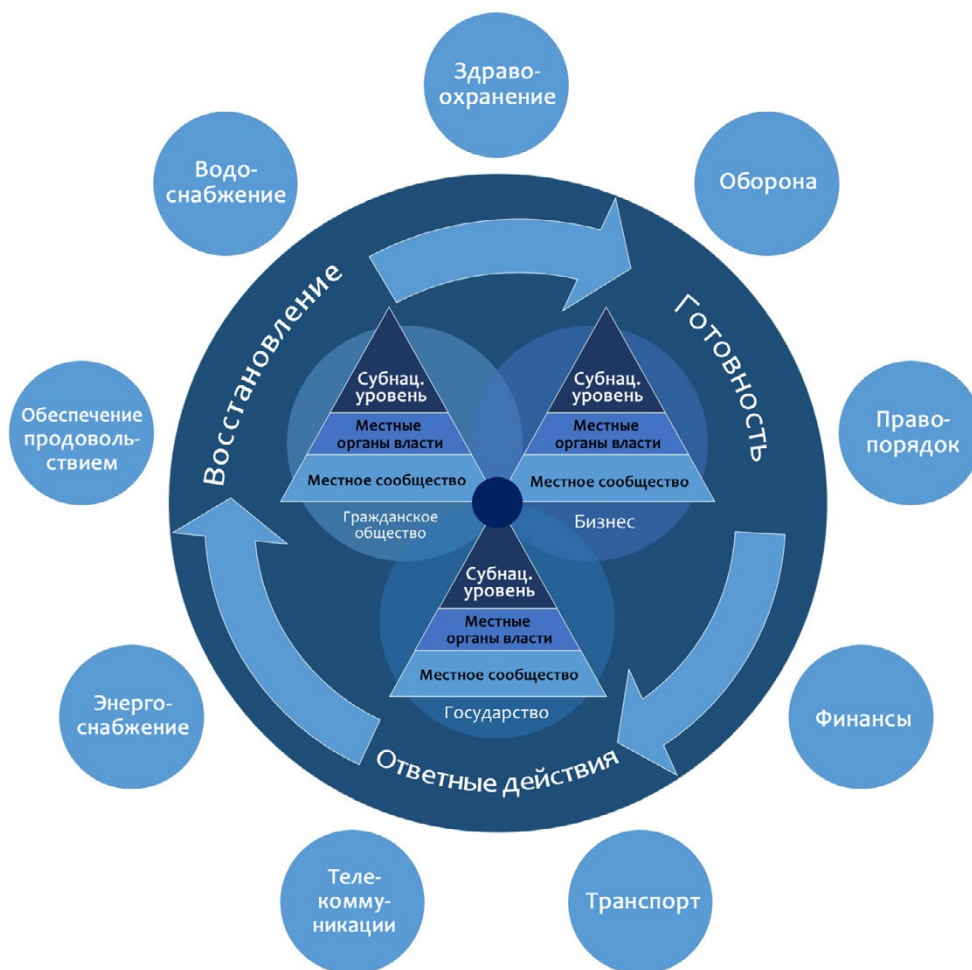
Отправной точкой принципа участия всего общества может быть межведомственное сотрудничество всех соответствующих министерств путем, например, создания совместной целевой группы, которая затем будет служить в качестве платформы для вовлечения более широкого круга общественных действующих сил. Следует определить головное учреждение на каждом уровне государственного управления для осуществления командного контроля, координации и коммуникации с остальными участниками и с обществом. Это учреждение будет нести ответственность за то, чтобы и частный сектор, и НПО, и другие соответствующие структуры сообщества участвовали в планировании обеспечения готовности (Towards a Safer World, 2011).

На рисунке 11 проиллюстрирован принцип участия всего общества в ликвидации потенциальных бедствий, при котором:

- обеспечена готовность на всех уровнях государственного управления
- уделяется внимание вопросам критической взаимозависимости
- ответные действия предпринимаются на основе сценариев
- соблюдаются этические нормы (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Девять кругов по периферии – это ключевые службы, необходимые в условиях бедствия: защита здоровья, оборона, закон и правопорядок, финансы, транспорт, телекоммуникации, энергоснабжение, продовольственное обеспечение и водоснабжение.

Рисунок 11. Принцип участия всего общества в преодолении бедствий



Источник: Towards a Safer World (2011).

Ассоциация государств Юго-Восточной Азии приступила к внедрению принципа участия всего общества и значительно повысила уровень планирования и ответных действий на случай пандемии в своих государствах-членах. Каждая из стран-членов ассоциации признала ценность целостного многосекторального подхода и создала двухуровневые структуры, при которых под эгидой одного из задействованных министерств функционирует национальное агентство по управлению чрезвычайными ситуациями (Towards a Safer World, 2011). В процессе построения общего понимания и определения ролей государства, сектора бизнеса и гражданского общества в предоставлении основных услуг большое значение имели учения, проводимые на основе имитационных моделей. Каждая страна в настоящее время разработала национальный план готовности к пандемии, который включает стратегии непрерывного поддержания оперативных функций (Towards a Safer World, 2011).

6.3.1.3. Проблемы и уроки из опыта

Качество национального плана готовности к пандемии Сингапура можно было оценить в 2009 г., когда страну поразила пандемия гриппа H1N1. Ключевые уроки из пандемии были следующие (Tay et al., 2010).

Готовность наряду с гибкостью. Прогнозировалось, что в стране будет циркулировать относительно агрессивный грипп H5N1, и подготовка проводилась на случай высокой заболеваемости и смертности на протяжении около шести недель. Вместо этого возник грипп H1N1 с высокими уровнями передачи в течение длительного периода, но с низкой заболеваемостью и смертностью, и, следовательно, появились другие требования к службам здравоохранения. Совместные планы обеспечения готовности должны позволять легкую адаптацию к изменяющимся обстоятельствам. Реальность может в значительной мере отличаться от изначальных сценариев планирования.

Эпиднадзор и доступ к информации для принятия решений на основе фактических данных. Раннее выявление вспышек инфекционных болезней и наилучшие возможные эпидемиологические данные для информированного управления риском имеют ключевое значение на глобальном и местном уровнях.

Инклюзивные ответные действия с участием всего общества. Пандемическое планирование Сингапура изначальным образом базировалось на секторе здравоохранения и государственных учреждениях, однако вновь созданные координированные усилия государственных агентств, системы здравоохранения, структур бизнеса и граждан имели ключевое значение, для того чтобы меры контроля распространения H1N1, направленные на сведение к минимуму заболеваемости, смертности и негативного влияния болезней на общество и на экономику, осуществлялись эффективно и рационально.

Обеспечение кадрами здравоохранения. Во время пандемии стремительно растет спрос на услуги здравоохранения, поэтому заранее должны быть разработаны оптимальные стратегии кадрового обеспечения. Чтобы планировать возможности для резкого наращивания сил и средств, необходимо проводить тщательный перспективный анализ сценариев кризиса и необходимых наборов квалификационных навыков кадров.

Коммуникация с населением. Принцип участия всего общества в обеспечении готовности к бедствиям может успешно реализовываться только в том случае, если вопросы коммуникации находятся на центральном месте в повестке дня сотрудничества. Заинтересованные стороны должны быть подотчетны общественности, и прозрачная коммуникация риска может успешно вовлекать граждан в принятие мер по ограничению распространения болезней и способствовать обоснованию непопулярных методов. Важна тесная совместная работа со средствами массовой информации. Хотя использовались и новые инструменты онлайн-общения, наиболее эффективными в распространении информации, относящейся к пандемии, оставались традиционные каналы коммуникации.

К сожалению, во многих странах дело профилактики серьезных инфекционных болезней все еще находится на низком уровне и нуждается в улучшении. Предложения по совместной работе всегда включают воздействие на такие проблемы, как профессиональные территории и культуры, через такие стратегии, как совместная подготовка кадров и обучение, а также совместные механизмы подотчетности (Battams, 2008). Для успешного применения принципа участия всего общества к обеспечению готовности к бедствиям в частности и в вопросах здравоохранения в целом, важнейшее значение имеет трансграничное профессиональное сотрудничество. В этом контексте было описано «единое здоровье» как новая парадигма, которая учитывает взаимосвязь человеческих популяций, животных и экосистемных факторов в процессе возникновения переносчиков болезней. Согласно Butler-Jones (2012), «рассмотрение болезни человека без учета контекстов, в которых эта болезнь возникает, не будет способствовать нашим возможностям принимать правильные решения».



7.

Здоровье-2020 – приоритетная область 4. Повышение «прочности» местных сообществ и создание поддерживающей среды

Повышение устойчивости к внешним негативным воздействиям рассматривается как ключевой фактор в защите и укреплении здоровья и благополучия как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Стойкие сообщества способны к проактивному реагированию на новые или неблагоприятные ситуации: они проявляют готовность к экономическим, социальным и экологическим сдвигам и более эффективно противостоят кризисам и преодолевают трудности (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012).

7.1. Пути реализации: вовлечение местных жителей в построение поддерживающей среды и сокращение несправедливостей в отношении здоровья

7.1.1. Суть вопроса

Общепринятым мнением является то, что хронические болезни – это результат индивидуального выбора в пользу нездорового образа жизни. Эта точка зрения, однако, игнорирует социальные аспекты рисков для здоровья, которые формируют картину заболеваемости и смертности среди всех групп населения. Как отмечает Региональное бюро, «...возможности людей сохранять свое здоровье тесно связаны с условиями, в которых они рождаются, растут, трудятся и стареют» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Индивидуальная ответственность может оказывать свой полный эффект только в тех случаях, когда индивидуумы имеют равноправный доступ к здоровым условиям жизни и пользуются поддержкой в том, чтобы сделать более здоровый выбор. Примеры интегрированных действий по сокращению несправедливостей в отношении здоровья более детально представлены в Европейском исследовании социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

7.1.2. Решения и подходы

Государству принадлежит важнейшая роль в улучшении здоровья и повышении уровня благополучия населения, а также в предоставлении специальной защиты для уязвимых групп (WHO, 2005). Создание поддерживающей среды и расширение прав и возможностей неблагополучных групп населения все в большей мере рассматривается как неотъемлемая часть охраны общественного здоровья – средство воздействия на подлежащие социальные детерминанты здоровья и повышение возможностей менее привилегированных групп лучше заботиться о своем здоровье. Предполагается, что чем больше расширены права и возможности членов сооб-

щества путем их вовлечения в планирование, разработку и реализацию мероприятий, тем более вероятно, что их здоровье улучшится (Attree et al., 2011). Приобщение местного населения к решению вопросов охраны здоровья не только способствует улучшению здоровья граждан, но также повышает жизнестойкость и прочность всего сообщества (вставка 17).

Вставка 17. Создание поддерживающей окружающей среды – проект ВОЗ «Здоровые города»

Проект ВОЗ «Здоровые города» (WHO Regional Office for Europe, 2013) – это глобальное движение, которое вовлекает органы местного самоуправления в дело охраны здоровья через процессы формирования политической приверженности, институциональных изменений, наращивания потенциала, планирования на основе партнерства и реализации инновационных проектов. Членами Европейской сети ВОЗ «Здоровые города» являются 90 городов, а в 30 региональных сетях «Здоровые города» по всему Европейскому региону ВОЗ состоят свыше 1400 крупных и мелких городов.

Основная цель Европейской сети ВОЗ «Здоровые города» – придать приоритетное значение вопросам здоровья на социально-экономической и политической повестке дня органов городской власти. Охрана здоровья – это дело всех секторов, и местные органы управления находятся в уникальной позиции лидерства, обладая властью для защиты и укрепления здоровья и благополучия граждан. Движение «Здоровые города» содействует формированию всесторонней систематической политики и планированию в интересах здоровья и подчеркивает следующие аспекты: сокращение неравенств в отношении здоровья и снижение масштабов бедности в городах; потребности уязвимых групп; коллективное руководство; городское планирование и благоустройство в интересах здоровья; социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья. При этом речь не идет лишь о секторе здравоохранения: также предусмотрен учет интересов здоровья в деятельности секторов экономики, регенерации и городского развития.

Подход к стратегическому руководству состоит из следующих оперативных элементов: прочное лидерство и поддержка со стороны мэров; межпартийная поддержка в городских советах; партнерские соглашения с формальными и неформальными секторами; ряд структур и процессов в поддержку межсекторального сотрудничества и вовлечения граждан; совместное стратегическое планирование и установление целевых ориентиров; формальное и неформальное сетевое общение. Эта модель была апробирована в широком круге политических, социальных и организационных контекстов в различных странах Европейского региона.

7.1.3. Коллективное руководство

Разница в ожидаемой продолжительности жизни между жителями наиболее и, соответственно, наименее благополучных кварталов Лондона составляет 7,2 года для мужчин и 4,6 года для женщин (Hine-Hughes, 2011a). На некоторых улицах существуют «пищевые пустыни», где можно приобрести только продукты быстрого питания или низкокачественные продукты, что вносит вклад в нездоровое питание.

Проект «Благополучие Лондона» был рассчитан на 4 года и охватил 20 из наиболее малообеспеченных городских сообществ (Wall et al., 2009). Проект содействовал развитию оздоровительной физической активности, здоровому питанию и психическому здоровью и благополучию путем осуществления комплексного набора интегрированных вмешательств в партнерстве с различными органами НСЗ (особенно местными фондами первичной помощи), Университетом Восточного Лондона и другими организациями и НПО. Проект получил многочисленные одобрительные оценки, в том числе от профессора сэра Майкла Мармота, директора Института проблем социальной справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона:

Если мы хотим сократить несправедливости в отношении здоровья, важно предпринимать воздействия на социальные детерминанты – «причины причин» плохого здоровья. Это означает работу в партнерстве на местном уровне для улучшения социальных условий, в которых люди рождаются, живут, растут, трудятся и стареют. Партнерский альянс «Благополучие Лондона» именно это и делает. Расширение прав и возможностей граждан и сообществ и предоставление людям права голоса имеет важнейшее значение для сокращения неравенств в отношении здоровья.

Конкретные проекты программы «Благополучие Лондона» перечислены во вставке 18.

Комбинация проектов, осуществляемых в том или ином сообществе, определялась путем «обозначения приоритетов, определяемых самими жителями в дополнение к тем удобствам и услугам, которые уже предоставляются» (Wall et al., 2009). Определение приоритетов проводилось через инклюзивные оценки потребностей здоровья, что рассматривалось как один из ключевых элементов программы «Благополучие Лондона». При участии многих заинтересованных сторон проводились семинары с местными организациями и создавались общественные кафе. В такой неформальной обстановке люди могли выразить свои потребности в формате структурированной беседы. Информация, собираемая путем уличных интервью и систематического анализа ресурсов сообщества, отражала существующие успешные инициативы, на которые можно было опираться, избегая риска дублирования усилий (Institute for Health and Human Development, 2012a).

Вставка 18. Проекты «Благополучие Лондона»

«Здоровые пространства»: улучшает качество и безопасность общественных пространств и способствует физической активности.

«Активный образ жизни»: предоставляет жителям карты, информирующие о наличии местных ресурсов для выбора в пользу здоровья (например, расположение фермерских рынков).

«Творчество и благополучие»: поддерживает культурные мероприятия для развития социальных сетей.

«Полезная покупка»: различные вмешательства, улучшающие доступ к выбору здоровых продуктов в местных магазинах.

«Иные мысли»: местные граждане с нарушениями психического здоровья привлекаются для повышения информированности сообществ о вопросах психического здоровья и содействия более глубокому пониманию его значения.

«Счастье – сделай сам»: мероприятия, направленные на сокращение стресса и наращивание психологических ресурсов, для того чтобы справляться со сложными ситуациями.

«Правильная еда»: улучшает характер питания путем повышения информированности и облегчения выбора в пользу более здорового питания и повышения его привлекательности.

Источник: Wall et al. (2009).

7.1.4. Актуальные проблемы и трудности

Проведенные оценки показали, что этот многометодный подход к сбору данных и вовлечение местных сообществ в процесс осуществления вмешательств имеет важное значение в выявлении стимулирующих факторов и барьеров, определяющих успех или, напротив, неудачу проектов (Wall et al., 2009). Улучшились показатели здорового питания и физической активности, и повысился уровень психического здоровья и благополучия (Wall et al., 2009), однако проект «Благополучие Лондона» также показал, что важно с самого начала реально оценивать возможности, а также более активно рекламировать проекты, популяризируя их среди населения. Возможно, наиболее важна для коммунальных проектов подотчетность в смысле устойчивости и долгосрочной перспективы: проект «Благополучие Лондона» осуществлялся в течение четырех лет, но этого было недостаточно, для того чтобы достичь по-настоящему значимых результатов, и его участники проявили «нежелание видеть множество мелких проектов, которые осуществлялись, а через три года пропадали» (вставки 19 и 20) (Institute for Health and Human Development, 2012b).

Вставка 19. Банки времени: построение социальных сетей и улучшение здоровья

Банки времени, или доллары времени – это элементы социальной инфраструктуры, которые способны помогать поддерживать здоровье людей, ускорять восстановление, способствовать экономии ресурсов в системе здравоохранения и помогать в борьбе против неравенств в отношении здоровья (New Economics Foundation, 2002). Они вовлекают граждан в деятельность по самопомощи и могут являться ценным ресурсом в создании поддерживающей окружающей среды. «Валютой обмена» является время, благодаря чему в данной программе могут участвовать люди, не вовлеченные в экономическую деятельность вследствие безработицы, хронических болезней или ограниченных возможностей. Участники, которые предоставляют практическую помощь и поддержку другим членам данной сети, таким образом вносят вклад своего времени в банк. Они затем могут взять свой вклад обратно, для того чтобы использовать навыки и поддержку, предлагаемые другими участниками. В банке времени не существует системы ценообразования – навыки и способности каждого оцениваются одинаково (учетная единица – один час потраченного времени) (Hine-Hughes, 2011b).

Многие банки времени, такие как проект «Time2trade» в Бирмингеме, используют базы данных. Это позволяет найти человека, обладающего необходимыми навыками, когда кто-либо из членов нуждается в определенной услуге. «Time2trade» заключил партнерство с другими местными инициативами и организациями, что превращает его в «инновационную инициативу копродукции, которая помогает провайдерам общественных услуг войти в контакт с так называемыми «труднодоступными группами» (Hine-Hughes, 2011b). Члены могут использовать свои вклады времени, например, для того чтобы приобрести здоровые продукты питания, совершить поход в спортивный зал, для учебы или других услуг, которые им могут потребоваться.

За время, прошедшее с момента создания банка времени, в его операциях было израсходовано 34 100 часов (Hine-Hughes, 2011b).

Результаты проведенных оценок показывают, что данный банк, так же как и другие организуемые на уровне местных сообществ банки времени в целом способны активно вовлекать уязвимые группы и генерировать позитивные эффекты в отношении «физического и эмоционального здоровья и благополучия, уверенности в себе, повышения самооценки, улучшения социальных взаимоотношений и расширения индивидуальных прав и возможностей» (Attree et al., 2011).

Вставка 19 продолжение

Здесь вновь большое значение имеет учет имеющихся ожиданий. Везде, где имеются дисбалансы услуг, банк времени должен стремиться «приобрести» услуги или наладить связи с другими социальными организациями. С ростом масштабов операций банка времени растут потребности в его штатном кадровом обеспечении. Соответствующие финансовые вложения, по-видимому, оправданны.

Вставка 20. Общегосударственный подход к предупреждению преступности: Германский форум по предупреждению преступности

Основная цель Германского форума по предупреждению преступности – составление рекомендаций по наилучшей практике для ранней профилактики преступности и для создания синергетических эффектов между секторами. Эта координационная платформа нацелена на создание стимулов для сетевого обмена информацией, сотрудничества, объединения ресурсов, передачи знаний и совершенствования общественной деятельности путем всестороннего включения «всех соответствующих социальных сил» (Seitz, 2010).

Борьба с преступностью, так же как и охрана здоровья, – это задача, которая требует сотрудничества многих заинтересованных сил в обществе. Это признано не только в Германии, но также в Австралии и в Соединенном Королевстве, где в основе общегосударственных подходов к профилактике преступности находится положение о том, что профилактические меры будут более эффективны, если усилия всех соответствующих государственных структур, сообществ и групп бизнеса будут объединены в рамках единой координированной стратегии (Hamel, 2004).

Для обеспечения эффективной общегосударственной работы необходимы существенные усилия в области управления и координации (Hamel, 2004). Обеспечение потенциального эффекта общегосударственных подходов требует также инвестиций во время и ресурсы.



8.1. Согласование взаимоотношений подотчетности

Подотчетность является одной из восьми характеристик современного процесса формирования политики. Успешное стратегическое руководство в интересах здоровья требует систематической оценки, обзора и непрерывного диалога в отношении запросов и потребностей населения и всех задействованных субъектов. Организационные условия, которые дают гражданам возможность требовать отчета у политических руководителей и других действующих субъектов за их действия, – это ключевые элементы процесса формирования политики.

Традиционно наиболее распространенные взаимоотношения общественной подотчетности носят вертикальный характер, однако эта цепь взаимоотношений между руководителем и подчиненным по принципу «сверху вниз» постепенно «уступает место более диверсифицированному и плюралистическому набору взаимоотношений подотчетности» (Vovens, 2005), в которых участники совместно подотчетны в отношении определенных результатов деятельности. Становятся все более важными внутриорганизационные сети подотчетности, такие как концепция общегосударственных отчетов.

Общественная подотчетность – это институциональное условие, которое означает демократический контроль. Она повышает прозрачность и отзывчивость государственного сектора, что в конечном счете способствует росту его легитимности и помогает заполнить разрыв между государством и гражданами. Подотчетность служит гарантией против коррупции и других злоупотреблений властью (Vovens, 2005), и все в большей мере распространяется на частные структуры и сферу бизнеса, как это наблюдалось в ходе недавнего экономического кризиса.

Имеются различные типы подотчетности: правовая (власть закона), политическая (отзывчивость), профессиональная (экспертиза), управленческая (эффективность) и финансовая (честность). Важно учитывать, какая форма подотчетности действует в том или ином контексте и в какой степени она эффективна и достаточна (Boston & Gill, 2011). Недавние инициативы в различных странах мира стремятся повысить общественную подотчетность путем внедрения совместной или коллективной подотчетности. Для общегосударственного подхода и принципа участия всего общества важно видеть подотчетность как часть процесса общественного вовлечения и как механизм улучшения показателей деятельности (вставка 21).

Вставка 21. Подотчетность в отношении коллективного стратегического руководства

Подотчетность – это прежде всего взаимоотношения с заинтересованными сторонами и отзывчивость к их требованиям. Необходимо учитывать их мнения в ходе принятия решений и давать объяснения, почему то или иное предложение было реализовано или, напротив, отвергнуто. В этом смысле подотчетность – это в меньшей степени механизм контроля, а в большей степени процесс приобретения знаний. Быть подотчетным – это означает быть открытым с заинтересованными сторонами, вовлекая их в постоянный диалог, приобретая опыт и обучаясь на этом взаимодействии. Подотчетность может генерировать чувство сопричастности к решениям и проектам и повышать уровень устойчивости мероприятий. В конечном счете она дает путь к улучшению показателей деятельности.

Источник: Blagescu et al. (2005).

Определение подотчетности в контексте партнерств тем не менее остается сложным. В частности, трудно определить относительный вклад различных действующих сил в получение конкретного результата.

8.2. Проблемы подотчетности

Прозрачность и подотчетность – это ключевые факторы стратегического руководства. Решение многих комплексных проблем требует общегосударственного подхода и принципа участия всего общества. Растущая взаимозависимость среди действующих сил создает необходимость для совместной или коллективной подотчетности – трудоемкого подхода, сопряженного с многочисленными проблемами.

Поскольку часто нет четкого разделения сфер ответственности между партнерами, установление механизмов совместной подотчетности может быть нелегким, даже если вместе работают только два действующих субъекта из различных секторов. Сваливание вины или ответственности на партнера может вносить вклад в развитие риска того, что «коллективная подотчетность становится на практике коллективной безответственностью, где никто ни за что не отвечает» (Boston & Gill, 2011). Стимулирование высоких показателей деятельности и применение санкций за плохую работу также представляют собой нелегкую задачу. Все это приводит к тому, что многие менеджеры с неохотой участвуют в механизмах совместной работы.

Подотчетность во многом зависит от правильной количественной оценки деятельности. Новые формы подотчетности требуют новых форм измерений, стандартов и правил. Система количественной оценки, которая связывает все входные параметры процесса (вкладываемые ресурсы, потенциал, процессы, вмешательства и стратегии) с параметрами на выходе (ближайшие и отдаленные результаты по показателям здоровья), позволяет требовать отчета за свои действия с каждого действующего субъекта, имеющего отношение к сфере охраны здоровья (Committee on Public Health Strategies to Improve Health, 2011). Такая система позволит получать высококачественную информацию о деятельности, которая, в свою очередь, способствует совершенствованию работы и в итоге улучшению здоровья населения (Boston & Gill, 2011).

Однако на здоровье населения влияет бесчисленное число факторов. В их число входят стратегии многих секторов, и нет ни одной отдельно взятой организации или структуры, которая может полностью отвечать за улучшение какого-либо одного конкретного показателя здоровья и быть подотчетной в этом отношении. Четких маршрутов от входных параметров до параметров на выходе не существует, и знания об эффективных вмешательствах также недостаточны.

8.3. Измерение конечного полезного эффекта

В центре общегосударственного подхода стоит вопрос эффективности работы государства. В данном случае это относится к приверженности всего государства к улучшению здоровья.

Опыт различных стран показывает, что эффективность коллективной ответственности во многом зависит от истории активных реформ и политической воли, проявленной в стране. Межсекторальные усилия в сотрудничестве ограничены «зависимостью от проторенной колеи» – иными словами, тенденцией к продолжению традиционной практики, даже если имеются более эффективные альтернативы. Реализация политики Здоровье-2020 основана на процессе обучения государственных структур и обмена опытом между странами в Регионе и за его пределами. В целом общепризнано, что нельзя полноценно измерить эффективность системы здравоохранения, не принимая во внимание влияние социальных, экологических и поведенческих детерминант здоровья (Committee on Public Health Strategies to Improve Health, 2011). Измерение эффектов различных подходов к стратегическому руководству может стать важной частью совершенствования политики и обмена опытом (Pollitt, 2010). Однако при проведении оценки политики необходимо считаться с рядом факторов.

- **Стратегии улучшения здоровья, которые спланированы с расчетом на определенный набор условий, часто сталкиваются с препятствиями,**

происходящими извне их круга влияния. Надежная оценка конечного полезного эффекта таких стратегий и реформ государственного сектора сопряжена с трудностями по причине воздействия многочисленных внешних факторов (Weibel et al., 2009). Это особенно трудно в применении к государственным структурам, которые должны генерировать комплексный продукт, такой как «хорошее здоровье», в течение коротких сроков (Pollitt & Dan, 2011). Кроме того, оценка политики в типичных случаях не отражает мнений всех заинтересованных сторон.

- **Стратегии всегда имеют непреднамеренные последствия. Если эти последствия негативны, они могут подрывать достижение ранее поставленных целей.** Однако эти последствия могут быть и позитивными. Оценка эффективности вмешательств в области здравоохранения (Jepson et al., 2010) привлекает внимание к тому факту, что в большинстве исследований отсутствует многопрофильный подход и не анализируются возможности совершенствования конкретных стратегий или вмешательств, например по проблемам потребления алкоголя или курения, если принять во внимание их взаимосвязанность и предпринять дополнительные действия. Важно иметь в виду, что стратегии, равно как и условия, на которые эти стратегии направлены, могут меняться в ходе реализации.
- **Бездействие также имеет свои последствия.**

Таким образом, нужна модель подотчетности, которая работает как в областях, где уже внедрены приемы наилучшей практики, например в борьбе против табака, так и по тем направлениям, где база фактических данных менее разработана, например в борьбе с проблемой ожирения (Committee on Public Health Strategies to Improve Health, 2011). Система измерений в рамках подотчетности государственных и частных организаций может базироваться на соглашениях, контрактах и прозрачных инструментах массовой коммуникации с общественностью, информирующей о прогрессе совместных усилий (Committee on Public Health Strategies to Improve Health, 2011). Эффективный подход к охране здоровья требует от всех секторов подотчетности за влияние их стратегий на здоровье.

8.4. Общегосударственная отчетность

Задачи общегосударственных отчетов – «дать возможность парламенту и общественности понять и критически оценить то, как тратятся деньги налогоплательщиков» (HM Treasury, 2011). Предполагается, что полученная информация позволит улучшить процессы принятия решений на всех уровнях государственного руководства и помочь в решении вопросов межпоколенческой справедливости и налогово-бюджетной устойчивости (Chow et al., 2007). Один из подходов – это подготовка всесторонних финансо-

вых отчетов, которые рассматривают государственный сектор как единую структуру без учета финансовых операций между отдельными элементами государственного сектора (HM Treasury, 2011).

Однако недостаточно четко определены границы того, что фактически составляет государственный сектор (Chow et al., 2007). Возникающие в результате этого разногласия и корпоративная борьба усложняют задачу создания хорошо функционирующей системы общегосударственных отчетов. Как только эти проблемы будут преодолены, оставшаяся задача будет состоять в том, чтобы «консолидированный отчет был не менее высокого качества, чем все базовые отчеты, лежащие в его основе» (Chow et al., 2007). Для того чтобы достоверно оценить данный инновационный подход, необходим дополнительный практический опыт, который позволит получить сравнимые фактические данные.

8.5. НПО как необходимые общественные контролеры

НПО традиционно воспринимаются как структуры общественного контроля и разоблачители злоупотреблений, следящие за тем, чтобы государство выполняло свои обязанности. Подотчетность государства остается важной, но НПО также все чаще проводят кампании, адресованные к частному бизнесу. Эта деятельность охватывает широкий круг вопросов, таких как окружающая среда, права человека, защита интересов потребителей и здоровья. Согласно Yaziji (2008), кампания общественного контроля имеет своей целью оказание давления на целевые фирмы, с тем чтобы они соблюдали преобладающие институциональные стандарты, как утвержденные законом, так и неофициальные. В области здравоохранения это может включать соглашения, например такие, как Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока. Путем использования каналов массовой информации и социальных сетей НПО нередко используют «стратегию обличения» и обращаются к широкой аудитории, включая не только общественность, но и юридические, законодательные и регулирующие структуры для создания новых норм или для привлечения к ответственности тех компаний, которые не соблюдают уже существующие нормы.

Это может иметь важное значение в контексте здоровья, особенно в отношении факторов и продукции, которые либо способствуют спасению жизни, либо, наоборот, угрожают жизни, такие как лекарственные средства, медико-санитарные вмешательства или табак (Yaziji, 2008). Вместе с тем организации гражданского общества все в большей степени призывают к ответу и предприятия пищевой индустрии по вопросам производственной цепочки, методов обработки и влияния применяемых ингредиентов на здоровье. Хорошим примером является немецкая НПО

Foodwatch (контроль пищевых продуктов), которая была основана в 2002 г. в целях укрепления позиций и защиты прав потребителей. Эта организация предпринимает усилия по обязательной маркировке в формате светофора и введению в оборот пищевых продуктов, не влияющих на глобальное потепление, а также выступает против генетически модифицированных продуктов и финансовых спекуляций, которые провоцируют повышение цен на пищевые продукты.



9.

Общегосударственный подход и принципы участия всего общества: оценка и ключевые уроки из опыта

В исследовании «Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке» (Kickbusch & Gleicher, 2012) сформулирована настоятельная рекомендация по наращиванию методологических исследований по проблемам здоровья и оценке воздействия политических детерминант здоровья. Примеры таких исследований в области социального обеспечения и борьбы с бедностью показывают, что различия в уровнях бедности между странами с высоким уровнем доходов связаны с различным уровнем социальных обязательств государства и различными государственными механизмами социальной поддержки (Brady, 2009). Исследования разрывов в области социальной справедливости и социальных детерминант здоровья дают аналогичные результаты. Исследования могут помочь в выявлении и анализе различных уровней и типов потенциала, необходимого для стратегического руководства здравоохранением по 53 странам Региона. Каждая страна может улучшить свою ситуацию, и имеются благоприятные условия для европейского сотрудничества и обмена опытом на основе достоверного стратегического анализа в духе политики Здоровье-2020.

Однако нет универсального рецепта, подходящего для всех. Общегосударственный подход и принцип участия всего общества должны адаптироваться к уникальным условиям и традициям, существующим в каждой стране. Для преодоления возникающих ограничений или, по крайней мере, для смягчения их воздействия необходим учет конкретных структурных и культурных особенностей. Эффективная реализация общегосударственных подходов требует соблюдения общих этических принципов и осознания общих ценностей, которые помогают в построении доверия между секторами (Christensen & Laegreid, 2006). Бюрократическая культура, направленная на то, чтобы любым образом избегать риска, и чрезмерно подчеркивающая необходимость сведения к минимуму ошибок, может препятствовать проведению горизонтальных экспериментов на самых начальных стадиях (Halligan et al., 2012). Культуру, которая поддерживает стиль мышления и действия, преодолевающие корпоративные границы, можно развивать путем применения стимулов, которые поощряют организационную гибкость, адаптивность и открытость людей к творческому и инновационному формированию политики (Halligan et al., 2012).

Множество существующих общегосударственных подходов и применение принципа участия всего общества сосредоточены на коммуникации, сотрудничестве и координации. Высшие формы общегосударственного подхода – совместная деятельность и интеграция, – при которых риски,

ответственность и награда за достижение общей цели носит коллективный характер, по-видимому, встречаются реже и наиболее труднодостижимы (Halligan et al., 2012). Не исключено, что общегосударственные подходы легче внедрять в странах или городах, где численность сотрудников и размер бюджета относительно невелики и неформальные соглашения проводить проще (Moss, 2010). На это указывают имеющиеся примеры из практики.

В то время как многие общегосударственные вмешательства привели к укреплению центральных координационных органов, таких как департаменты премьер-министра и кабинета в штатах Австралии, можно предположить, что сотрудничество, необходимое для общегосударственных подходов, лучше достигается на более низких уровнях стратегического руководства, таких как органы местного самоуправления. Это крайне важно, ввиду того что ряд стран, включая Норвегию и Соединенное Королевство (Англия), реформировали свои законы общественного здравоохранения и передают все больше ответственности местным органам для реализации медико-санитарных приоритетов. Общегосударственные подходы на этом уровне могут значительно повысить прозрачность, доступность и отзывчивость, по мере того как организационные условия приспособляются к изменениям и обеспечивают подотчетность органов управления перед гражданами, которым они служат. Однако на местном уровне яркой чертой «разумного стратегического руководства» является движение от общегосударственного подхода к реализации принципа участия всего общества через вовлечение множества местных заинтересованных сторон. Любой подход должен учитывать все разнообразие человеческих мотиваций, которые препятствуют или, напротив, способствуют переходу к здоровому образу жизни. Для любых совместных усилий по укреплению здоровья основой понимания того, как другие сектора могут влиять на здоровье и как здоровье влияет на другие сектора, остается концепция учета здоровья во всех стратегиях(ЗВС) (Dubé et al., 2012).

Принципы участия всего общества могут иметь различные отправные точки на уровне местного сообщества, но могут опираться и на общегосударственные подходы. Новые проблемы возникают в результате приобщения действующих субъектов из сектора бизнеса и гражданского общества: одни могут быть более приемлемыми, чем другие, в зависимости от действующих политических систем и взглядов. Как было упомянуто ранее, компании могут проявлять нежелание инвестировать в общественное благо. Но возникающие конфликты можно тем не менее разрешать и находить пути для вовлечения сектора бизнеса в созидание общих социальных ценностей. В качестве центров притяжения для многих инновационных подходов в области стратегического руководства нередко выступают местные сообщества.

После того как политика разработана и одобрена, начинается ее реализация. К сожалению нередко приходится наблюдать разрыв между тем, что планируется, и тем, что происходит на практике в результате осуществления политики (Steinbach, 2009). Реализация политики – это сложный процесс, поскольку принцип участия всего общества требует сочетания вертикальных подходов («сверху вниз» и «снизу вверх») и горизонтального стратегического руководства. Внедрение мер оценки и подотчетности также сопряжено с трудностями, поскольку нелегко разграничить и, следовательно, количественно оценить влияние различных действующих субъектов и различных уровней на результаты осуществления политики. Для того чтобы согласованный процесс в рамках участия всего общества в деле охраны и улучшения здоровья был успешным, необходимы следующие условия (Steinbach, 2009):

- **прочная и устойчивая приверженность всех действующих субъектов на всех уровнях;**
- **полноценная коммуникация, отведение необходимого времени и ресурсов;**
- **коллективные инновационные механизмы подотчетности;**
- **четкость в разделении сфер ответственности и заданий;**
- **общее понимание задач;**
- **достоверные представления о причинно-следственных отношениях и управлении изменениями.**

Для разработки достоверных параметров и индикаторов оценки в целях оптимизации путей практического осуществления политики необходимы дополнительные исследования и сравнительный анализ механизмов стратегического руководства в интересах здоровья, применяемых в различных странах. Эта необходимость отражена и в существующей литературе. В ключевой рекомендации ведущих исследователей в данной области подчеркивается, что «для дальнейшего продвижения анализа политики здравоохранения исследователям необходимо более широко использовать существующие рамки и теории процессов государственной политики» (Walt et al., 2008). Такие методологические исследования также могут быть частью «циклического процесса, который включает приобретение новых знаний на уровне организаций, подотчетность, доверие и развитие партнерств» (Rencoret et al., 2010), как это отмечено в исследовании по стратегическому руководству в интересах здоровья в XXI веке (Kickbusch & Gleicher, 2012), а также в настоящем докладе.



Библиография

ВОЗ (2004). *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9244592223_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2012). *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wdo9-Rus.pdf, по состоянию на 1 февраля 2014 г.). Новое издание под тем же названием. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). *Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: резюме* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215874/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Rus.pdf, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).

Организация Объединенных Наций (2011). *Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Доклад Генерального секретаря* (Последующие меры по итогам Саммита тысячелетия). Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=R, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).

Организация Объединенных Наций (2012). *Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 19 сентября 2011 года. 66/2. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2012 (<http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).

ЮНЭЙДС (2001). *Основы глобальной стратегии по ВИЧ/СПИДу*. Женева, ЮНЭЙДС, 2001 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub02/jc637-globalframew_ru.pdf, по состоянию на 19 января 2014 г.).

- Abovskaia O (2007). *Country coordinating mechanisms (CCM) – PR and SR selection process: Romania*. Bad Homburg, EPOS Health Consultants on behalf of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progress-reports>, accessed 15 August 2013).
- Action Santé (2012). *Activity report 2012*. Franconville, Action Santé (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=en&download=NHZLpZeg7t,Inp6loNTUo42l2Z6ln1ad1lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdoN9g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--, accessed 15 August 2013).
- Åkerman Börje E (2009). *Towards a new European policy on migration*. Berlin, Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (<http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungspolitik/towards-a-new-europeanpolicy-on-migration.html>, accessed 15 August 2013).
- Alford J (2009). *Engaging public sector clients: from service-delivery to co-production*. London, Palgrave Macmillan.
- Allais O, Bertail P, Nichèle V (2010). The effects of a fat tax on French household purchases: a nutritional approach. *American Journal of Agricultural Economics*, 92:228–245.
- Attree P et al. (2011). The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health and Social Care in the Community*, 19:250–260.
- Ayres I, Braithwaite J (1992). *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. New York, Oxford University Press.
- Battams S (2008). *Housing for people with a psychiatric disability: community empowerment, partnerships and politics*. Adelaide, Department of Public Health, Flinders University (<http://theses.flinders.edu.au/public/adt-SFU20080926.215213/index.html>, accessed 15 August 2013).
- BBC (2012a). *Australia cigarette plain packaging law upheld by court*. London, British Broadcasting Corporation (<http://www.bbc.co.uk/news/business-19264245>, accessed 15 August 2013).
- BBC (2012b). *The rise of the adult playground*. London, British Broadcasting Corporation (<http://www.bbc.co.uk/news/magazine-17818223>, accessed 15 August 2013).
- Blagescu M, de las Casas L, Lloyd R (2005). *Pathways to accountability: the GAP framework*. London, One World Trust.
- Boston J, Gill D (2011). *Joint or shared accountability: issues and options*. Wellington, Institute of Policy Studies (Working paper 11/03; <http://igps.victoria.ac.nz/publications/files/83e71189c2b.pdf>, accessed 15 August 2013).
- Bovens M (2005). Public accountability. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, eds. *The Oxford handbook of public management*. Oxford, Oxford University Press:182–208.

Brady D (2009). *Rich democracies, poor people: how politics explain poverty*. Oxford, Oxford University Press.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, accessed 15 August 2013). Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98249/E89858R.pdf, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).

Bridgman P, Davis G (2003). What use is a policy cycle? Plenty, if the aim is clear. *Australian Journal of Public Administration*, 62(3):98–102.

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Gesundheitsziele für Österreich [web site]. Vienna, Bundesministerium für Gesundheit (<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsfoerderung-gesundheitsziele-oesterreich.html>, accessed 15 August 2013).

Butler-Jones D (2012). Transcending borders: a whole-of-society approach to human, animal and ecosystem health. *One Health Conference, 19 February 2012, Davos, Switzerland* (<http://www.slideshare.net/GRFDavos/transcending-borders-a-wholeofsociety-approach-to-human-animal-and-ecosystem-health>, accessed 15 August 2013).

Chow DSL, Humphrey C, Moll J (2007). Developing whole-of-government accounting in the UK: grand claims, practical complexities and a suggested future research agenda. *Financial Accountability and Management*, 23:27–54.

Christensen T, Laegreid P (2006). *The whole-of-government approach – regulation, performance, and public-sector reform*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies (Working paper 6–2006; http://soc.kuleuven.be/io/performance/paper/WS2/WS2_Tom%20Christensen.pdf, accessed 15 August 2013).

Clark JS, Dittrich OL (2010). Alternative fat taxes to control obesity. *International Advances in Economic Research*, 16:388–394.

Coe A (2008). *Case study #4 – Service Canada*. Toronto, Institute for Citizen-Centred Service.

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

Committee on Public Health Strategies to Improve Health (2011). *For the public's health: the role of measurement in action and accountability*. Washington, DC, Institute of Medicine (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13005, accessed 15 August 2013).

De Klerk M, Gilsing R, Timmermans J (2010). *The Social Support Act: the story so far. Evaluation of the Social Support Act 2007–2009*. The Hague, The Netherlands Institute for Social Research.

Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (2012). Decade of Roma inclusion 2005–2015 [web site]. Budapest, Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (<http://www.romadecade.org/>, accessed 15 August 2013).

Department of Health (2001). *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century*. London, Department of Health.

Department of Health (2012). Health and wellbeing boards – one year to go [web site]. London, Department of Health (<http://healthandcare.dh.gov.uk/health-and-wellbeing-boards-one-year-to-go/>, accessed 15 August 2013).

Druet C, Lapointe G, Pigeon M (2010). Towards the integration of health in all policies: a Québec–South Australia comparison. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia:93–100 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>, accessed 15 August 2013).

Dubé L et al. (2009). *Building convergence – toward an integrated health & agri-food strategy for Canada*. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute and McGill World Platform for Health and Economic Convergence (<http://www.capi-icpa.ca/converge-full/intro.html>, accessed 15 August 2013).

Dubé L, Pingali P, Webb P (2012). Paths of convergence for agriculture, health, and wealth. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109: 12294–12301.

The Economist (2012) Fat chance: the Danish Government rescinds its unwieldy fat tax. *The Economist*, 17 November 2012 (<http://www.economist.com/news/europe/21566664-danish-government-rescinds-its-unwieldy-fat-tax-fat-chance>, accessed 15 August 2013).

Esping-Andersen G (2006). Three worlds of welfare capitalism. In: Pierson C, Castles FG, eds. *The welfare state reader*. London, Polity Press:160–174.

EU Platform on Diet, Physical Activity and Health (2010). *2010 annual report*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2010frep_en.pdf, accessed 15 August 2013).

European Commission (2005). *Diet, physical activity and health – a European platform for action*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_en.htm, accessed 15 August 2013).

European Commission (2010). *Evaluation of the European platform for action on diet, physical activity and health. Final report July 2010*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/evaluation_frep_en.pdf, accessed 15 August 2013).

European Commission (2011). *Horizon 2020 – the framework programme for research and innovation. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/proposals/communication_from_the_commission_-_horizon_2020_-_the_framework_programme_for_research_and_innovation.pdf#view=fit&pagemode=none, accessed 15 August 2013).

European Commission (2012a). *An agenda for adequate, safe and sustainable pensions*. Brussels, European Commission (COM(2012) 55 final).

European Commission (2012b). *Implementation of the EU salt reduction framework*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/salt_report_en.pdf, accessed 15 August 2013).

Fairman D et al. (2012). *Negotiating public health in a globalized world – global health diplomacy in action*. Berlin, Springer.

Federal Office of Public Health (2012). *Swiss health foreign policy*. Berne, Federal Office of Public Health (<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=en>, accessed 15 August 2013).

Federal Office of Public Health (2013). *Actionsanté – make the healthy choice the easy choice [web site]*. Berne, Federal Office of Public Health (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=de, accessed 15 August 2013).

Fortunato JA (2011). *Confronting obesity: a case study of the corporate social responsibility of McDonald's*. *Advances in Management*, 4:20–23.

FrameWorks Institute (2002). *Framing public issues*. Washington, DC, FrameWorks Institute (<http://www.frameworksinstitute.org/assets/files/PDF/FramingPublicIssuesfinal.pdf>, accessed 15 August 2013).

Giddens A (2003). *Introduction. Neoprogessivism: a new agenda for social democracy*. In: Giddens A, ed. *The progressive manifesto: new ideas for the centre-left*. Cambridge, Polity Press.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2011). *Guidelines and requirements for country coordinating mechanisms*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines>, accessed 15 August 2013).

Government of Finland (2012). *Minister Risikko: Finland to be a more age-friendly society*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (<http://government.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/en.jsp?oid=362931>, accessed 15 August 2013).

Government of Northern Ireland (1999). *Professional policy making for the 21st century*. Belfast, Government of Northern Ireland.

Government of South Australia (2010). *Priorities to support the eat well be active healthy weight strategy for South Australia 2006–2010*. Adelaide, Government of South Australia (<http://www.health.sa.gov.au/pehs/branches/health-promotion/EWBA-StrategyPriorities-hp-oct2010.pdf>, accessed 15 August 2013).

Government of South Australia (2011). *The eat well, be active strategy for South Australia 2011–2016*. Adelaide, Government of South Australia (<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/ewba-strategy-phcs-healthpromotion-20111207>, accessed 15 August 2013).

Government of South Australia (2012). *Children's centres for early childhood development and parenting: governance arrangements*. Adelaide, Government of South Australia (<http://www.decd.sa.gov.au/docs/documents/1/ChildrenSCentresGovernanc.pdf>, accessed 15 August 2013).

Government Offices of Sweden (2012). Alcohol, narcotics, doping and tobacco in Sweden [web site]. Stockholm, Government Offices of Sweden (<http://www.government.se/sb/d/15661/a/183499>, accessed 15 August 2013).

Grameen Creative Lab (2013). Grameen Danone Foods Ltd. [web site]. Wiesbaden, Grameen Creative Lab (<http://www.grameencreativelab.com/live-examples/grameen-danone-foods-ltd.html>, accessed 15 August 2013).

Grant J (2004). The Australian experience: priorities and possibilities for connected government. In: Kaczorowski W, ed. *Connected government*. London, Premium Publishing.

Gunningham N (2010). Enforcement and compliance strategies. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M, eds. *The Oxford handbook of regulation*. Oxford, Oxford University Press:120–145.

Guthrie K et al. (2005). *The challenge of assessing policy and advocacy activities: strategies for a prospective evaluation approach*. Washington, DC, Blueprint Research & Design (http://www.calendow.org/uploadedFiles/Publications/Evaluation/challenge_assessing_policy_advocacy.pdf, accessed 15 August 2013).

Halligan J, Buick F, O'Flynn J (2012). Experiments with joined-up, horizontal and whole-of-government in Anglophone countries. In: Massey A, ed. *International handbook on civil service systems*. Cheltenham, Edward Elgar:74–100.

Hartmann M (2011). Corporate social responsibility in the food sector. *European Review of Agricultural Economics*, 38: 297–324.

Hawkes C, Mytton O (2012). 20% “fat tax” needed to improve population health [online article]. *British Medical Journal*, 14 May 2012 (<http://www.bmj.com/press-releases/2012/05/14/20-%E2%80%9Cfat-tax%E2%80%9D-needed-improve-population-health>, accessed 15 August 2013).

Health Consumers Queensland (2012). *Consumer and community engagement: evidence of improved individual health outcomes, services and systems*. Brisbane, Health Consumers Queensland (<http://www.iap2.org.au/sitebuilder/states/knowledge/asset/files/30/improved-health.pdf>, accessed 15 August 2013).

Hine-Hughes F (2011a). *Well London: communities working together for a healthier city*. Birmingham, Governance International (<http://www.govint.org/good-practice/case-studies/well-london-communities-working-together-for-a-healthier-city>, accessed 15 August 2013).

Hine-Hughes F (2011b). “Time2Trade” for the “time rich and cash poor”. Birmingham, Governance International (<http://www.govint.org/?id=473>, accessed 15 August 2013).

HM Treasury (2011). *Whole of government accounts. Accounts presented to the House of Commons pursuant to Section 11 of the Government Resources and Accounts Act 2000*. London, HM Treasury (http://www.hm-treasury.gov.uk/psr_government_accounts.htm, accessed 15 August 2013).

Holmes B (2011). *Citizens’ engagement in policymaking and the design of public services*. Canberra, Parliament of Australia (Politics and public administration research paper no. 1, 2011–12; <http://www.policypointers.org/Page/View/12955>, accessed 15 August 2013).

Homel P (2004). *The whole of government approach to crime prevention*. Canberra, Government of Australia (<http://www.aic.gov.au/documents/E/C/5/%7BEC5DC139-C6DE-4F60-A888-31FBB6F4C492%7Dtandi287.pdf>, accessed 15 August 2013).

Humphries R et al. (2012). *Health and wellbeing boards – system leaders or talking shops?* London, King’s Fund (<http://www.kingsfund.org.uk/publications/hwbs.html>, accessed 15 August 2013).

Huynen M, Martens P, Hilderink H (2005). The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Globalization and Health*, 1:14 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/14>, accessed 15 August 2013).

Institute for Health and Human Development (2012a). *Community engagement process. Well London – communities working together for a healthier city*. London, University of East London (www.welllondon.org.uk/files/699/events/presentations/renton.pdf, accessed 15 August 2013).

Institute for Health and Human Development (2012b). *Community engagement report. Well London – communities working together for a healthier city*. London, University of East London (<http://www.uel.ac.uk/ell2012/research/documents/WalthamForestLSOA.pdf>, accessed 15 August 2013).

Jenkins S (2005). *Whole of government policy framework for the early years*. Canberra, Intera-gency Policy Coordination Committee.

Jepson RG et al. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10:538 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf>, accessed 15 August 2013).

Johnson EJ, Goldstein D (2003). Do defaults save lives? *Science*, 302:1338–1339.

Johnson DA, Pearson NL (2009). Tactical mapping: how nonprofits can identify the levers of change. *Nonprofit Quarterly*, 17(2):92–99 (<https://www.newtactics.org/resource/tactical-mapping>, accessed 15 August 2013).

Karnani A (2011). Doing well by doing good: the grand illusion. *California Management Review*, 53:2.

Kaufmann F-X (2000). Towards a theory of the welfare state. *European Review*, 8:291–312.

Kickbusch I, Gleicher D (2012). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf, accessed 15 August 2013).

Kingdon JW (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston, Little Brown.

Leppo K et al., eds. (2013). *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf, accessed 15 August 2013).

Low-Beer D (2012). Introduction and ... the health diplomacy of diversity. In: Low-Beer D, ed. *Innovative health partnerships – the diplomacy of diversity. Global health diplomacy vol. 1*. Singapore, World Scientific.

Low-Beer D, Sempala M (2010). Social capital and effective HIV prevention: community responses. *Global Health Governance*, IV:1 (<http://www.ghgj.org/Lowbeer4.1.htm>, accessed 15 August 2013).

McCull K (2009). “Fat taxes” and the financial crisis. *Lancet*, 373:797–798.

McQueen D et al., eds. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>, accessed 15 August 2013).

Millett C et al. (2012). Impacts of a national strategy to reduce population salt intake in England: serial cross sectional study. *PLoS ONE*, 7:e29836.

Ministry of Community Development, Youth and Sports (2007). *Ministerial committee to spearhead successful ageing for Singapore. Committee will build on strong family ties and enable families to support senior members*. Singapore, Government of Singapore (<http://app1.mcys.gov.sg/PressRoom/MinisterialCommitteeToSpearheadSuccessfulAgei.aspx>, accessed 15 August 2013).

Moskin J (2012). Imagining a smaller drink for a big, thirsty city. *The New York Times*, 6 June, D3 (http://www.nytimes.com/2012/06/06/dining/debating-the-proposed-new-york-city-regulation-on-drink-size.html?_r=2, accessed 15 August 2013).

Moss T (2010). *Too big to succeed? Why (w)hole-of-government cannot work for U.S. development policy*. Washington, DC, Center for Global Development (<http://blogs.cgdev.org/globaldevelopment/2010/10/too-big-to-succeed-why-whole-of-government-cannot-work-for-u-s-development-policy.php>, accessed 15 August 2013).

National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues (2011). *The impact of Sure Start local programmes on seven year olds and their families*. London, University of London.

New Economics Foundation (2002). *Keeping the GP away. A NEF briefing about community time banks and health*. London, New Economics Foundation (<http://timebanks.org/wp-content/uploads/2011/08/KeepingtheGPAway.pdf>, accessed 15 August 2013).

OECD (2009a). *Policies for healthy ageing: an overview*. Paris, OECD (OECD health working papers no. 42; <http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282009%291>, accessed 15 August 2013).

OECD (2009b) *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, OECD (<http://www.oecd.org/development/effectiveness/34428351.pdf>, accessed 15 August 2013).

Parag Y (2006). A system perspective for policy analysis and understanding: the policy process networks. *Systemist*, 28:2 (<http://www.eci.ox.ac.uk/publications/downloads/parag06.pdf>, accessed 15 August 2013).

PARTNER Tool (2009). PARTNER. Programme to Analyze, Record, and Track Networks to Enhance Relationships [web site]. Denver, PARTNER Tool (<http://www.partnertool.net>, accessed 15 August 2013).

PatientsLikeMe Inc. (2005–2013). PatientsLikeMe® [web site]. Cambridge, MA, PatientsLikeMe Inc. (<http://www.patientslikeme.com/>, accessed 15 August 2013).

Penney S (2009). *Dropping the salt. Practical steps countries are taking to prevent chronic noncommunicable diseases through population-wide dietary salt reduction*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

Pollit C (2010). *Whole of government approaches – a European perspective*. Leuven, Public Management Institute, Katholieke Universiteit Leuven (<http://www.canberra.edu.au/arc-wholegov/conference/program/handbook-and-papers/Pollitt-WoG-Canberra-11.pdf>, accessed 15 August 2013).

Pollit C, Dan S (2011). The impacts of the new public management in Europe: a meta-analysis. *EGPA Permanent Study Group II – Performance in the Public Sector, 7–10 September 2011, Bucharest, Romania*.

Press F, Sumsion J, Wong S (2010). *Integrated early years provision in Australia. A research project for the Professional Support Coordinators Alliance (PSCA)*. Bathurst, Charles Sturt University (<http://www.psctas.org.au/wp-content/uploads/2010/11/Intergrated-Early-Years-Provision-in-Australia-Report.pdf>, accessed 15 August 2013).

Public Administration Select Committee (2005). *Choice, voice and public services. Fourth report of session 2004–05; volume I*. London, House of Commons (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmpubadm/49/49i.pdf>, accessed 15 August 2013).

Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.

Realpe A, Wallace L (2010). *What is co-production?* London, Health Foundation (http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/SMS_resource-centre_publications/What%20is%20co-production.pdf, accessed 15 August 2013).

Rencoret N et al. (2010). *Haiti earthquake response – context analysis*. London, Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (<http://www.alnap.org/pool/files/haiti-context-analysis-final.pdf>, accessed 15 August 2013).

Schoonheim J (2009). *ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people*. Utrecht, Academic Network of European Disability Experts (ANED).

- Scottish Government (2009). *Recipe for success – Scotland’s national food and drink policy*. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/277346/0083283.pdf>, accessed 15 August 2013).
- Seitz N (2010). *The Deutsches Forum für Kriminalprävention and current projects on crime prevention*. Bonn, Deutsches Forum für Kriminalprävention (<http://www.kriminalpraevention.de/downloads/english/02DFK-Survey-long.pdf>, accessed 15 August 2013).
- Sheedy A (2008). *Handbook on citizen engagement: beyond consultation*. Ottawa, Canadian Policy Research Networks (http://www.cprn.org/documents/49583_EN.pdf, accessed 15 August 2013).
- Sihto M, Ollila E, Koivusalo M (2006). Principles and challenges of health in all policies. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies – prospects and potentials*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:3–20 (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, accessed 15 August 2013).
- Smed S (2012). Financial penalties on food: the fat tax in Denmark. *Nutrition Bulletin*, 37:142–147.
- Steinbach R (2009). Problems of policy implementation. In: Enock K et al., eds. *Public health textbook*. Buckinghamshire, Health Knowledge.
- Stone D (2002). *Policy paradox: the art of political decision making*. New York, W. W. Norton & Co.
- Støre JG (2012). Keynote address. *Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012* (http://www.regjeringen.no/en/dep/ud/Whats-new/Speeches-and-articles/speeches_foreign/2012/keynote_wha.html?id=682761, accessed 15 August 2013).
- Tay J et al. (2010). Influenza A (H1N1-2009) pandemic in Singapore – public health control measures implemented and lessons learnt. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 39:312–313.
- Thaler RH, Sunstein CR (2008). *Nudge – improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven, Yale University Press.
- The 8th Global Conference on Health Promotion (2013a). The Helsinki statement on health in all policies. *The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013* (http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf, accessed 15 August 2013).

The 8th Global Conference on Health Promotion (2013b) Helsinki Declaration. *The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013* (http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf, accessed 15 August 2013).

Towards a Safer World (2011). *Beyond pandemic preparedness: a whole-of-society approach to disaster preparedness*. New York, Towards a Safer World.

Van den Broucke S (2009). *Capacity building to address the social determinants of health*. Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, University of Maastricht (http://ec.europa.eu/eahc/documents/news/technical_meetings/CapacityBuildingSDHI.pdf, accessed 15 August 2013).

Villanueva T (2011). European nations launch tax attack on unhealthy foods. *Canadian Medical Association Journal*, 183:17 (<http://www.cmaj.ca/content/183/17/E1229.full>, accessed 15 August 2013).

Wall M et al. (2009). Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 28:207 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/207/>, accessed 15 August 2013).

Walt G et al. (2008). “Doing” health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23:308–317 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515406/pdf/czn024.pdf>, accessed 15 August 2013).

Weibel A, Rost K, Osterloh M (2009). Pay for performance in the public sector – benefits and (hidden) costs. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20:387–412.

WHO (2005). *Widespread misunderstandings about chronic diseases – and the platform for action on diet, physical activity reality*. Geneva, World Health Organization (Facing the facts #2; http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet2.pdf, accessed 15 August 2013).

WHO (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf, accessed 15 August 2013).

WHO (2010). *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies. Report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf, accessed 15 August 2013).

WHO (2011). *World Conference on Social Determinants of Health – meeting report. Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/sdh-conference/resources/Conference_Report.pdf, accessed 15 August 2013).

WHO Regional Office for Europe (2013). Healthy cities [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>, accessed 15 August 2013).

Wicks P et al. (2010). Sharing health data for better outcomes on PatientsLikeMe. *Journal of Medical Internet Research*, 12:e19 (<http://www.jmir.org/2010/2/e19>, accessed 15 August 2013).

Wismar M et al. (2008). *Health targets in Europe – learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98396/Eg1867.pdf/, accessed 15 August 2013).

Yaziji M (2008). Watchdog and proxy war campaigns against firms. In: Boscheck R et al., eds. *Strategies, markets and governance – exploring commercial and regulatory agendas*. Cambridge, Cambridge University Press.



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Реализация задуманного



Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

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

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int