



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Стратегическое руководство в интересах здоровья



В XXI ВЕКЕ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке

Авторы:

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

и

David Gleicher, менеджер проекта, Программа глобального здравоохранения,
Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария

Аннотация

В течение последнего десятилетия во многих сферах политики возник целый ряд механизмов коллективного стратегического руководства. В данном исследовании стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке проводится анализ инноваций в данной области, направленных на приоритетные детерминанты здоровья, и их систематизация с выделением пяти стратегических подходов к обеспечению разумного стратегического руководства в интересах здоровья. В работе анализируются совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных структур и самих граждан. Всем им принадлежит все более важная роль в достижении позитивных общественных сдвигов в XXI веке. Эти изменения включают новое осмысление понятий «здоровье» и «благополучие», которые рассматриваются как ключевые признаки процветающего общества и динамично развивающейся экономики. При этом более высокая ценность придается социальной справедливости и общественной активности людей. В исследовании далее описаны типы структур и механизмов, обеспечивающих развитие сотрудничества, и сформулированы новые функции, которые должны взять на себя министерства и другие учреждения общественного здравоохранения в современном сложном стратегическом контексте.

Ключевые слова

HEALTH POLICY
PUBLIC HEALTH
HEALTH SYSTEMS PLANS –
ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
DELIVERY OF HEALTH CARE
LEGISLATION, HEALTH

ISBN 978 92 890 5019 7

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

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

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

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

Редактирование английского текста: David Breuer

Оригинал-макет и дизайн обложки: Christophe Lanoux, Париж, Франция

Содержание

Благодарности.....	v
Предисловие	vi
Резюме	viii
1. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия в XXI веке	1
Исходные сведения.....	1
Главный предмет исследования.....	1
Движущие факторы, обусловленные контекстом.....	6
2. Стратегическое руководство.....	21
Три основных вектора развития стратегического руководства	21
Меняющийся характер формирования политики.....	34
3. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия	45
Три волны в истории горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья	46
4. Надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия.....	54
Что такое надлежащее стратегическое руководство?.....	54
Роль систем руководящих ценностей	56
Соотношение между ценностями и фактическими данными	62
5. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия.....	66
Введение.....	66
Пять типов разумного стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.....	70
6. Новое стратегическое руководство в интересах здоровья	105
Новая роль сектора здравоохранения	107
Политическое участие и лидерство.....	109
Выводы и рекомендации в отношении новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020	111
Глоссарий	117
Библиография.....	122
Ключевые литературные источники, использованные в ходе настоящего исследования	134

Благодарности

Данное исследование было выполнено под руководством Ilona Kickbusch, директора Программы глобального здравоохранения Института международных исследований и развития, Женева, Швейцария. Авторами текста документа являются Ilona Kickbusch и David Gleicher, менеджер проекта «Глобальное здравоохранение – Европа».

В ходе исследования были использованы материалы семи экспертных аналитических докладов. Издательство «Шпрингер» готовит их публикацию в виде отдельной книги, главы которой перечислены в разделе «Библиография».

Авторы приносят благодарность всем специалистам, давшим ценные замечания по содержанию работы, в частности следующим: Harry Burns, Директорат общественного здравоохранения, Директораты здравоохранения Шотландского правительства, Глазго, Соединенное Королевство; Mihály Kökény, бывший министр здравоохранения, социальных и семейных вопросов; Gaudenz Silberschmidt, Отдел международных вопросов, Федеральное бюро общественного здравоохранения, Федеральный департамент внутренних дел, Берн, Швейцария; Thomas Zeltner, Science et Cité (Наука и общество), Берн, Швейцария.

Исследование не могло бы быть выполнено без поддержки группы по реализации проекта, поэтому особой благодарности заслуживают Kristina Petrova, Monika Rimmelé и Michaela Told, Программа глобального здравоохранения, Институт международных отношений и развития, Женева, Швейцария. Определение понятия «стратегическое руководство в интересах здоровья» было сформулировано во многом на основе работы Stephen Bell и Andrew Hindmoor, Университет Квинсленда, Брисбен, Австралия.

Финансирование исследования было осуществлено из средств Федерального бюро общественного здравоохранения в составе Федерального департамента внутренних дел Правительства Швейцарии.



Предисловие

Меняющийся характер общества и встающие перед ним проблемы обуславливают необходимость соответствующей адаптации методологии стратегического руководства. Моя задача как директора Европейского регионального бюро ВОЗ состоит в том, чтобы добиться выдвижения охраны здоровья на уровень главных и разделяемых всеми целей. Именно поэтому Европейское региональное бюро ВОЗ и поручило провести исследование по вопросу стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке.

В системе взглядов на здоровье и его детерминанты и в подходах к воздействию на них произошел заметный сдвиг. При этом параллельно решаются две важнейшие задачи: (1) руководство системой здравоохранения и ее укрепление, объединяемые общим понятием «руководство здравоохранением» (health governance), и (2) совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, а также государственных и частных структур и граждан во имя общих интересов – то, что обозначается термином «стратегическое руководство в интересах здоровья» (governance for health). Эта вторая задача и является предметом данного исследования.

Жизнь в обществе знаний (knowledge society) означает, что власть и руководство больше не являются исключительной прерогативой государства. Все более значительную роль начинают играть информированные граждане, добросовестные структуры бизнеса, независимые учреждения и экспертные органы. Тем не менее правительства и министерства здравоохранения по-прежнему остаются важными действующими субъектами в организации стратегического руководства в интересах здоровья, в установлении норм, предоставлении фактических данных и в облегчении выбора в пользу более здоровых форм образа жизни.

ВОЗ определяет стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия как усилия органов государственного управления и других действующих субъектов руководить сообществами, странами и даже группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как общегосударственный подход, так и принцип участия всего общества. Необходимо добиться понимания того, что общество во всей совокупности должно отвечать за здоровье своих членов.

Это положение представляется мне чрезвычайно важным. Пути к хорошему и плохому здоровью могут быть непрямыми и труднопредсказуемыми, а само здоровье все чаще понимается как продукт сложных, динамичных взаимоотношений между конкретными типами детерминант. Система здравоохранения не способна в одиночку, опираясь лишь на свои силы, решить все стоящие перед нами проблемы в отношении здоровья.

Нужно, чтобы органы государственного управления на самом высоком уровне и все общество признали здоровье в качестве общей цели, достижение которой требует согласованных действий. Материалы исследования стратегического руководства в интересах здоровья, отражающие движение правительств стран в данном направлении, использованы в разработке основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020. Содержание исследования определила серия аналитических докладов, подготовленных видными экспертами, в которых содержатся дополнительные подробности относительно поднимаемых вопросов. Данное исследование на втором этапе будет расширено с включением дополнительных методических рекомендаций, инструментов и примеров из реальной практики.

Zsuzsanna Jakab
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Резюме

В настоящем исследовании стратегическое руководство в интересах здоровья (governance for health) определяется как усилия органов государственного управления и других действующих субъектов руководить сообществами, странами или группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как общегосударственный подход, так и принцип участия всего общества. Здоровье и благополучие рассматриваются в этой концепции как главные элементы процветания общества и динамичного развития экономики в XXI веке, а стратегии и подходы базируются на таких ценностях, как права человека и социальная справедливость. Стратегическое руководство в интересах здоровья всемерно способствует совместным действиям сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных структур и всех граждан во имя общих интересов. Оно предусматривает наличие синергического набора стратегий, многие из которых реализуются вне сектора здравоохранения и вне органов государственного управления, и эти стратегии должны опираться на структуры и механизмы, обеспечивающие сотрудничество. Данная концепция дает надежный мандат министерствам здравоохранения и агентствам по охране общественного здоровья на активное налаживание сотрудничества с другими заинтересованными партнерами и выполнение новых функций по формированию стратегий, направленных на укрепление здоровья и повышение уровня благополучия людей.

Стратегическое руководство

В XXI веке здоровье – это прежде всего сами люди: как они живут и как заботятся о своем здоровье в повседневных условиях. Это положение требует нового взгляда на стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия. Сегодня многие дискуссии об учете интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики и о межсекторальных действиях в поддержку здоровья опираются на фактические данные о том, что наиболее важные детерминанты здоровья находятся вне сферы собственно здравоохранения. В данном исследовании мы решили вначале провести обзор главных изменений, которые произошли в стратегическом руководстве, с тем чтобы показать место проблем, угрожающих здоровью, в более широком общественном контексте. Многие из этих проблем отражают коренной сдвиг от индустриального общества к обществу, основанному на знаниях. Вывод из рассмотрения этих изменений состоит в том, что во всех стратегических областях – не только в политике здравоохранения – возникла необходимость реформировать методы практической работы и опробовать новые подходы к формированию и реализации политики на гло-

бальном, региональном, национальном и местном уровнях. Внедрение общегосударственного подхода и принципа участия всего общества в охране здоровья требуют глубокого понимания сущности этого общего сдвига в современных процессах формирования политики. Здравоохранение – не единственная область, где необходимо деятельное вовлечение других секторов, что открывает возможность для реализации синергических стратегий по всем направлениям.

Меняющийся характер проблем, встающих перед обществом XXI века, требует развития новых подходов к стратегическому руководству. При этом здоровье является лишь одной из таких проблем, которой не всегда придают приоритетное значение. Однако большинство этих проблем оказывают значительное и пока не достаточно принимаемое во внимание влияние на здоровье. В число таких вызовов входят острые системные потрясения, например природные бедствия и вспышки болезней, а также более хронические процессы, такие как урбанизация, эпидемиологические и демографические сдвиги, отсутствие продовольственной безопасности, изменение климата и углубление экономических неравенств. Уникальной особенностью нашего времени являются взаимоусиливающие глобальные связи между этими крупномасштабными проблемами (а также возможностями) и взаимосвязанный характер большинства предлагаемых решений. Сложность этих так называемых каверзных проблем (*wicked problems*) требует системных подходов и согласованных коллективных ответных мер на всех уровнях, что заставляет соответствующие руководящие органы преодолевать ведомственную разобщенность и изоляцию.

Результатом этого становится рассредоточение руководства и переход от модели централизованного государственного управления к модели сотрудничества, при которой руководство является продуктом совместной деятельности широкого круга субъектов, действующих на уровне государства (министерства, парламенты, государственные агентства, комиссии), на уровне общества (структуры бизнеса, отдельные граждане и их местные объединения, глобальные средства массовой информации, в том числе социальные сети, фонды) и на наднациональном уровне (например, Европейский союз, Организация Объединенных Наций). Этот сдвиг в системе руководства отражается в разнообразных подходах к охране здоровья, причем вопросы окружающей среды и охраны здоровья часто находятся на первом плане в процессах с участием многих заинтересованных сторон. Руководство также все больше рассредоточивается по вертикали между уровнями от местного до глобального, и поэтому региональные и местные действующие субъекты приобретают все большую значимость, а эффективное многоуровневое руководство становится таким же важным, как и горизонтально рассредоточенное межсекторальное и коллективное руководство. Исследования показывают, что рассредоточение руководства не следует уподоблять простому «делению пирога» властных полномочий между государством и обществом. По мере того как власть становится более рассредоточенной в обществе, государство становится более эффективным, его роль меняется, но остается критически важной и даже распространяется на новые области.

Ключевые положения: стратегическое руководство и контекст, в котором оно осуществляется

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

Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

Меняются взгляды не только на то, как государство и общество совместно осуществляют функции руководства, но и о том, как они воспринимают здоровье и его детерминанты и как воздействуют на них. При этом параллельно решаются две важнейшие задачи: (1) руководство системой здравоохранения и ее укрепление, объединяемые общим понятием «руководство здравоохранением» (health governance), и (2) совместные действия сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных структур и граждан во имя общих интересов – то, что обозначается термином «стратегическое руководство в интересах здоровья» (governance for health). Здоровье стало одним из важнейших макроэкономических и политических факторов во всех сферах общества, и в результате органы государственного управления, деловые круги, сообщества и обычные граждане все активнее вовлекаются в стратегическое руководство в интересах здоровья. Здоровье по-разному и многими путями затрагивает их интересы. Здоровье считается одним из прав человека, непременной составляющей благополучия, глобальным общественным благом и вопросом социальной справедливости и равенства. Здоровье также все больше признается сферой интереса других систем, таких как экономика, охрана окружающей среды, образование, транспорт и продовольственное обеспечение. Все большее признание завоевывает трактовка здоровья как одного из ключевых факторов экономического процветания общества знаний.

Здоровье и благополучие являются важнейшими составляющими разумного управления и как таковые представляют социальную ценность сами по себе. Это особенно заметно отражается в ценности всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Стратегическое руководство в интересах здоровья также ориентируется на такие социальные ценности, как права человека, социальная справедливость, благополучие и глобальные общественные блага – определяющие ценностную основу для действий. Эти ценности отражены во многих стратегиях, разрабатываемых на национальном, европейском и глобальном уровне. Все большее признание получает тот факт, что максимальный эффект в воздействии на главные факторы нездоровья и в формировании основных ресурсов здоровья дает вовлечение других секторов и структур, помимо здравоохранения, посредством принятия стратегий и инициатив на всех уровнях стратегического руководства – с участием или без участия собственно сектора здравоохранения. В некоторых странах правительства приобрели в этом большой опыт. Наднациональные органы взаимодействуют также с субъектами за пределами юрисдикции отдельных государств. На местном уровне широкий спектр инновационных инструментов реализации политики для улучшения здоровья и благополучия применяется в рамках городских структур. В деловом секторе в качестве новой модели ведения бизнеса признается вложение средств в охрану и укрепление здоровья работников и в программы, осуществляемые в интересах местных сообществ, а также в полезные для здоровья изделия и услуги. Первый опыт свидетельствует о том, что коммерческие предприятия могут генерировать общую ценность, если будут осуществлять стратегии, направленные на укрепление своей конкурентоспособности, одновременно проявляя социальную ответственность и поддерживая социальное развитие. В предстоящее десятилетие это будет одной из главных задач, особенно ввиду глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний.

Стратегическое руководство в интересах здоровья предусматривает наличие синергического набора стратегий, многие из которых реализуются вне сектора здравоохранения и вне органов государственного управления, и эти стратегии должны опираться на структуры и механизмы, обеспечивающие сотрудничество. Определяющим фактором является вовлечение людей. Концепцию стратегического руководства в интересах здоровья можно лучше всего представить в виде трех волн расширения политики здравоохранения – от межсекторальных действий к государственной политике, учитывающей интересы здоровья, а от нее к принципу учета интересов здоровья во всех стратегиях – при чем все эти волны интегрированы в общегосударственный подход и принцип участия всего общества в деле улучшения здоровья и повышения уровня благополучия. В этих подходах не только делается упор на улучшение координации и интеграции деятельности государства в области охраны здоровья: предусматривая выход за пределы системы государственного управления, они вместе с другими подходами способствуют достижению главных целей общества, таких как процветание, благополучие, социальная справедливость и устойчивость. Они включают подотчетность в отношении здоровья и социальной справедливости, для чего применяются разнообразные механизмы мониторинга.

Ключевые положения: стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

- Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия является краеугольным камнем надлежащего руководства в государстве; оно ориентируется на систему ценностей, в которой здоровье является одним из прав человека, глобальным общественным благом, составляющей благополучия и вопросом социальной справедливости.
- Расширенное понимание здоровья включает его трактовку как новой сферы интереса многих социальных систем; поэтому для охраны здоровья требуется осуществлять действия во многих системах, иногда с участием, иногда и без участия сектора здравоохранения.
- Эту реальность отражают общегосударственный подход и принцип участия всего общества, которые, в свою очередь, построены на стратегиях, укрепляющих коллективное государственное управление, координацию и интеграцию и способствующих распределению ответственности за охрану здоровья по всем компонентам государства и общества.
- Стратегическое руководство в интересах здоровья опирается на опыт межсекторальных действий и государственной политики в поддержку здоровья, а также учета интересов здоровья во всех стратегиях.

По данным исследований, здоровье и благополучие требуют комбинировать подходы к стратегическому руководству – иерархический, рассредоточенный и коллективный. Во многих документах, посвященных вопросам политики, отмечается, что такое сочетание может быть вплоть до двух раз более эффективным, чем самое действенное вмешательство, осуществленное изолированно. В то время как одни страны для решения проблем здоровья в XXI веке усилили и расширили свою деятельность в области общественного здравоохранения, другим еще предстоит двигаться в этом направлении. В настоящем исследовании, в основу которого положен обзор конкретных примеров из практики применения новых подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья, приводится пять предложений, касающихся разумного руководства в интересах здоровья, которые должны быть объединены в общегосударственном подходе в сочетании с принципом участия всего общества.

Руководство через сотрудничество

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

Руководство путем вовлечения граждан

Государственная политика больше не может просто предлагаться людям в готовом виде. В настоящем исследовании показано, что для успешного стратегического руководства в интересах здоровья требуется совместное производство (копродукция) этого общественного блага при активном участии и сотрудничестве граждан, потребителей и пациентов. Поскольку стратегическое руководство становится все более рассредоточенным по всему обществу, работа напрямую с населением может повысить уровень прозрачности и подотчетности. Партнерские отношения с населением и расширение его прав и возможностей также важны для сохранения системы ценностей. Такие достижения технологии, как смартфоны и онлайн-социальные сети, расширяют возможности граждан и изменяют образ действия государственных органов и систем здравоохранения, например через внедрение методов электронного и мобильного здравоохранения. При новых, сложных отношениях между государством и обществом широкое участие заинтересованных сторон, прозрачность и подотчетность становятся двигателями инноваций.

Руководство через регламентирование и убеждение

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

Руководство через независимые учреждения и экспертные органы

В обществе знаний ключевое значение имеют фактические данные. В исследовании показано, что, как и в других сферах руководства, все более важную роль в деле охраны здоровья, в таких вопросах как неприкосновенность личной жизни, оценка риска, контроль качества и оценка медицинских технологий и воздействия на здоровье, играют независимые экспертные органы – федеральные учреждения, комиссии,

инспекции и аудиторские организации, которые выполняют функции предоставления фактических данных, контроля за соблюдением этических принципов, расширения подотчетности и укрепления норм демократического руководства. Значение этих структур возрастает по мере продвижения к обществу знаний и ускорения внедрения инноваций. Научная литература свидетельствует также и о том, что необходимо улучшить систему мониторинга, например за счет включения в нее объективных и субъективных индикаторов для отслеживания параметров, касающихся как большинства людей, так и наиболее неблагополучных групп.

Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения

У каверзных проблем не бывает простых причин или решений. В исследовании показано, что общегосударственный подход и принцип участия всего общества в решении вопросов здоровья должны быть адаптивными и в них должны отражаться характеристики сложности; децентрализация принятия решений и образование самоорганизующихся социальных сетей должны дать заинтересованным сторонам возможность оперативно и по-новому реагировать на непредвиденные события. Вмешательства должны носить повторяющийся характер и объединять в себе непрерывную учебу, накопление знаний и обмен ими между многими заинтересованными сторонами, а также предусматривать механизмы автоматической корректировки политики или инициирования дискуссий, особенно если крупномасштабные вмешательства в одной области могут вызвать непреднамеренные последствия в другой. Учитывая долговременный характер многих проблем здоровья, опережающее стратегическое руководство также требует новых методов прогнозирования. Исследования подтверждают целесообразность поддержки и распространения практики, применяемой во многих сетях, при которой для решения одной и той же проблемы осуществляются разнообразные вмешательства в менее крупных масштабах на местном уровне. Опережающее руководство, поддерживаемое коллективными механизмами предвидения, может также повышать социальную жизнестойкость, поскольку при таком принципе руководства акценты в политике могут смещаться с рисков на решение более фундаментальных, системных проблем и могут совместно обсуждаться социальные аспекты (например, ценности) государственной политики и достижения науки (например, фактические данные).

Ключевые положения: разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

- Разумное стратегическое руководство в интересах охраны здоровья и благополучия уже практикуется в Европе и во многих других регионах мира. Органы государственного управления начинают подходить к такому стилю руководства, применяя инновационные методы.

- В разумном стратегическом руководстве в интересах здоровья и благополучия отражается то, как органы государственного управления решают проблемы здравоохранения, их выбор в отношении того, какое следует использовать сочетание инструментов жесткой и мягкой силы, с каких позиций они подходят к той или иной проблеме и каких партнеров, когда и на каких уровнях государственного управления и общества они выбирают для сотрудничества.
- На основании изучения конкретных примеров из практики применения новых подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья предлагается для рассмотрения пять типов разумного стратегического руководства в интересах охраны здоровья, которые должны быть объединены в общегосударственном подходе и на основе участия всего общества:
 - руководство через сотрудничество;
 - руководство путем вовлечения граждан;
 - руководство через сочетание регламентирования и убеждения;
 - руководство через независимые учреждения и экспертные органы;
 - руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения.

Выводы и рекомендации для процесса Здоровье-2020

Придание надлежащего значения вопросам здоровья

Обеспечение здоровья и благополучия людей должно стать одной из целей всей системы государственного управления и всего общества. Поэтому новая европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 должна предусматривать вовлечение партнеров из других секторов, включая глав правительств, парламентариев, лидеров бизнеса, мэров городов и граждан европейских стран. Усилить такую стратегию могло бы создание инновационной платформы в рамках политики Здоровье-2020.

Политика должна строиться на базе новой системы показателей

Для обеспечения более эффективного стратегического руководства помимо общегосударственного подхода и участия всего общества требуется знание сложной динамики здоровья и его детерминант. Политика Здоровье-2020 может активно содействовать оказанию помощи странам в определении новых мер оценки здоровья и благополучия, основанных как на объективных, так и на субъективных данных, и в обеспечении социальной справедливости и устойчивости как фундамента политики. Эти меры включают в себя новые инструменты прогнозирования для опережающего руководства и новые типы отчетов о состоянии здоровья населения с новыми показателями. Для постоянного сбора достоверных фактических данных о воздействии широкого спектра стратегий и направлений политики на здоровье и о воздействии здоровья на другие направления политики можно было бы инициировать ведение систематических работ, например создать профильный информационно-справочный центр.

Организационно закрепленные процессы для реализации общегосударственных подходов

Для того чтобы максимально способствовать укреплению здоровья и благополучия населения, должны быть созданы формальные структуры и процессы, обеспечивающие общегосударственный подход – поддерживающие принцип решения проблем на межсекторальном уровне и способствующие устранению дисбалансов в распределении властных полномочий. Политика Здоровье-2020 может предложить инновационные подходы (как те, например, что были рассмотрены в данном исследовании) к деятельности на межсекторальном и межведомственном уровне, а также к бюджетированию, финансированию и мониторингу прогресса в странах. Она может служить поддержкой для министерств здравоохранения и организаций охраны общественного здоровья в пропаганде и отстаивании необходимости того, чтобы органы государственного управления занимались решением каверзных проблем, применяя сочетание жестких и мягких механизмов руководства – от законодательства до убеждения и материального стимулирования, а также создавая для других секторов мотивацию к участию в охране и укреплении здоровья. Такие меры включают укрепление организационно-кадрового потенциала путем проведения обучения по вопросам разумного стратегического руководства в интересах здоровья для специалистов из различных секторов при сотрудничестве со школами общественного здравоохранения, бизнес-школами и академическими заведениями в сфере государственной политики, что позволит сформировать новый профессиональный состав кадров, обладающих навыками системного мышления и исследования сложных систем.

Инновационные партнерства для реализации принципа участия всего общества

Многие современные проблемы здравоохранения можно решать более успешно с помощью подходов на основе участия всего общества, которые включают гражданское общество и частный сектор, а также средства массовой информации. Политика Здоровье-2020 призвана помочь министерствам здравоохранения и агентствам по охране общественного здоровья устанавливать контакты с другими действующими субъектами как в системе государственного управления, так и вне ее, чтобы сообща вырабатывать совместные решения. В рамках политики Здоровье-2020 могут быть предложены новые программы, сети и инициативы, направленные на привлечение многих разнообразных заинтересованных партнеров, в первую очередь граждан во всех странах Европы, и на исследование новых механизмов стимулирования. Заинтересованные стороны могут совместно планировать и проводить новые оценки и создавать рамочные основы подотчетности и ответственности за воздействие на здоровье. Отличной лабораторией для подобных инноваций может стать Европейская сеть ВОЗ «Здоровые города».

Приверженность принципам «информированный гражданин» и гражданского участия

Сектор здравоохранения должен поддерживать принцип самого широкого участия граждан, который заложен в природе разумного стратегического руководства в интересах здоровья. Политика Здоровье-2020 посредством новых информационных и коммуникационных технологий может способствовать началу диалога с гражданами стран Европы по вопросам здоровья и благополучия. Она может стимулировать министерства здравоохранения к выработке стратегии взаимодействия с гражданским обществом, созданию инициатив в отношении открытости данных и систем контроля, позволяющих повысить подотчетность перед общественностью во всех секторах. Сюда входят методы электронного государственного управления, а также комплексная стратегия повышения уровня грамотности по вопросам здоровья.

Глобальная перспектива

Новое стратегическое руководство в интересах здоровья должно охватывать все уровни руководства, от местного до глобального. Политика Здоровье-2020 может положить начало процессу объединения руководящих органов на разных уровнях для реагирования на взаимозависимые проблемы, используя сложившееся сотрудничество между различными уровнями ВОЗ. Для этого потребуется поддержать новые типы дипломатии здравоохранения, способствующие повышению согласованности действий между такими секторами, как внешняя политика, торговля, сельское хозяйство, развитие и здравоохранение.

Ориентация Регионального бюро на работу с широким кругом партнеров, инновации и оказание поддержки

Сектор здравоохранения может поддерживать другие секторы государственного управления путем оказания им помощи в определении стратегий и достижении целей. В рамках политики Здоровье-2020 можно инициировать работу по сбору примеров как наиболее успешного, так и неудачного опыта в применении инновационных методов для достижения общих целей в Европейском регионе и во всем мире. Широкому внедрению таких инновационных методов могли бы способствовать регулярные встречи с министрами здравоохранения, руководителями учреждений и ведомств общественного здравоохранения и представителями других секторов. Региональное бюро может использовать при этом модели долговременного сотрудничества с другими секторами, такие как Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» в своей деятельности в области пищевых продуктов и охраны здоровья, а также методы работы через сети, такие как Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы и Сеть школ, содействующих укреплению здоровья.

Совместная приверженность инновационным методам стратегического руководства

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

- иницируют процесс оценки и мониторинга прогресса в стратегическом руководстве в интересах здоровья в Европейском регионе;
- рассмотрят возможность создания мультидисциплинарного европейского института стратегического руководства в интересах здоровья.

В качестве компонента процесса оценки и мониторинга в ходе последующей работы по итогам данного исследования следует выработать показатель инновационности стратегического руководства в интересах здоровья, проводимого на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества. Раз в два года Региональному комитету следует представлять отчет об инновациях в стратегическом руководстве в интересах здоровья. Данный показатель будет строиться на выводах второй фазы данного исследования, которая представит собой обзор практического опыта в области инновационного стратегического руководства в интересах здоровья в соответствии с принципами разумного стратегического руководства, изложенными в настоящем исследовании.

Многопрофильный Европейский институт стратегического руководства в интересах здоровья, по аналогии с Южноамериканским институтом стратегического руководства здравоохранением (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud), созданным недавно под эгидой Союза южноамериканских наций, будет служить для государств-членов Европейского региона ВОЗ центром информационно-методических ресурсов при переориентации на разумное стратегическое руководство в интересах здоровья. С этой целью институт будет способствовать развитию лидерства, организовывать политические дебаты, осуществлять подготовку специалистов и научные исследования совместно с национальными институтами по многим дисциплинам.



1.

Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия в XXI веке

Исходные сведения

Результаты данного исследования найдут свое применение при подготовке новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 и послужат основой для той части Европейского обзора социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья, которая касается стратегического руководства. Главное внимание в настоящем исследовании уделяется тому, как меняется стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия, для того чтобы соответствовать новым вызовам и условиям XXI века, каковы движущие силы этих изменений в государстве и обществе и какие шаги следует предпринимать органам государственного управления для перехода к более эффективному стратегическому руководству в интересах здоровья через сотрудничество. Исследование базируется на результатах обзора, проведенного в период с января по июнь 2011 г. Кроме того, в исследование вошли материалы семи работ, выполненных видными экспертами (Andersson, в печати; Fidler & Szabó, в печати; Kamel Boulos, в печати; McQueen, в печати; Özdemir & Knoppers, в печати; Raynaud & Jané-Llopis, в печати; Tomson et al., в печати). Вопросы социальной справедливости в отношении здоровья и как ее обеспечить путем улучшения стратегического руководства рассмотрены в сопутствующем исследовании по изучению социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья, выполненном под руководством Michael Marmot (Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство).

Главный предмет исследования

Что будут считать для себя успехом европейские страны в ходе нынешнего столетия? Какую роль будет играть здоровье? Все больше признается, что недостаточно учитывать лишь узкие экономические показатели, такие как рост валового внутреннего продукта. Например, в рекомендациях Комиссии по измерению эффективности экономики и социального прогресса (Stiglitz et al., 2009) указано, что люди неправильно оценивают свою жизнь и что успешность общества нужно также определять с точки зрения улучшения здоровья и роста благополучия граждан и качества их жизни, а также с точки зрения устойчивого использования ресурсов, в частности с позиций окружающей среды и экономики. В той перспективе здоровье не только приобретает значимость для многих сфер общества и политики, но и становится определяющим фактором надлежащего стратегического руководства. Люди должны придавать ценность тому, что имеет истинную значимость. Главными ресурсами общества знаний являются люди, их потенциал и способности, поэтому вложение средств в их здоровье и образование имеет решающее значение – судьбы стран зависят от здоровья их населения.

Стратегическое руководство касается того, как взаимодействуют между собой правительства и другие организации общества, какие у них отношения с гражданами и как в сложном мире принимаются решения (Graham et al., 2003). Рассматриваемая в настоящем исследовании ключевая идея заключается в том, что главные изменения, происходящие в системе стратегического руководства в XXI веке, проявляются также в аспектах здоровья и руководства охраной здоровья и имеют решающее значение для улучшения показателей здоровья в предстоящие десятилетия. Эти изменения включают три движущих фактора – взаимозависимость, сложность и совместное производство общественных благ, а также три новых вектора в динамике стратегического руководства, которые мы обозначили как рассредоточение, демократизация и общие ценности. Еще в 2001 г. Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в своем докладе о стратегическом руководстве в XXI веке (OECD, 2001) отметила:

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

Возрастание роли здоровья в обществе – это не новый феномен. Оно обычно проявляется в критические моменты социальных перемен, таких как подъем индустриального общества в XIX веке и развитие европейских социальных государств после Второй мировой войны. В Европе в последние 150 лет здоровье не только определяло облик современного национального государства и его социальных институтов, но и служило движущей силой социальных движений, определяло права граждан и способствовало формированию современной личности с ее устремлениями. В эпоху индивидуализации здоровье заняло центральное место (Kickbusch, 2007). Для многих возможности для укрепления здоровья и доступ медицинской помощи стали синонимом социального прогресса и социальной справедливости. Здоровье сегодня является неотъемлемой частью того, как Европа определяет и сравнивает себя с другими регионами мира. Поскольку Европа в ответ на глобализацию и переход от индустриального общества к обществу знаний (European Commission, 2010) будет и далее развивать свою социальную модель, адаптировать ее к этим новым реалиям в условиях экономического спада и решать основные проблемы XXI века, здоровье вновь будет играть исключительно важную роль.

Стратегическое руководство здравоохранением

Европейские системы здравоохранения, независимо от принципа организации – налогового или страхового – стоят перед необходимостью решать чрезвычайно сложные задачи.

Эти задачи, в частности, следующие:

- обеспечение финансирования как общественного здравоохранения, так и служб медицинской помощи;
- обеспечение справедливого доступа к услугам здравоохранения, включая финансовую защиту;
- придание особой важности расширению прав и возможностей граждан и пациентов;
- рациональное использование ресурсов с привлечением таких механизмов, как оценка технологий здравоохранения, закупки на основе открытого конкурса, инновационные методы предоставления услуг, исследования соотношения затрат и эффективности;
- мониторинг и оценка;
- посредничество в генерировании знаний (согласование научных задач с потребностями политики);
- обеспечение взаимодействия между первичной и специализированной медицинской помощью;
- подготовка кадровых ресурсов, включая усиление роли высших учебных заведений.

Как показывают более новые исследования, такого понятия, как «самая лучшая система здравоохранения», не существует. В предстоящее десятилетие некоторые системы здравоохранения столкнутся с угрозой потери финансовой стабильности на грани с банкротством, тогда как другим системам придется напрягать все силы для того, чтобы удовлетворять меняющиеся потребности населения, привлекать достаточное число медицинских работников и обеспечивать доступ к новейшим методам лечения и технологиям, способным спасти жизнь людей. Многим европейским странам необходимо значительно уменьшить свой национальный долг. Согласно прогнозам ОЭСР, если не будут приняты на вооружение новые подходы, государственные расходы на медицинскую помощь во всех странах ОЭСР могут к 2050 г. вырасти на 3,5–6 процентных пунктов от размера валового внутреннего продукта. Поэтому совершенствование управления и повышение эффективности систем здравоохранения является актуальным вопросом повестки дня правительства, других секторов общества и предметом озабоченности граждан. Повышение расходов на медико-санитарную помощь на 10% дает увеличение ожидаемой продолжительности жизни на момент рождения всего на 3–4 месяца (OECD, 2010). А как повлияло бы на здоровье 10%-ное увеличение инвестиций в образование? Для оценки прогресса в охране здоровья такие факторы, как правило, не учитываются.

Главную ответственность за реформирование сектора здравоохранения в пределах своего круга ведения по-прежнему несут министерства здравоохранения. Во многих государствах-членах Европейского региона ВОЗ, особенно в странах с низким уровнем доходов, системы здравоохранения до сих пор не обладают достаточной эффективностью. Другим странам по-прежнему не удастся наладить работу основных механизмов руководства здравоохранением, таких как гарантированная финансовая защита пользователей услуг, и им нужна помощь в виде практических инструментов для развития и расширения своих систем медико-санитарной помощи, чтобы оказывать такие базовые услуги, как скрининг, вакцинация, охрана здоровья матери и ребенка. Более обеспеченным странам следует бдительно защищать свои системы здравоохранения, на создание которых ушли десятки лет и которые периодически находятся под угрозой. Перечисленные проблемы имеют исключитель-

но важное значение, и одним из основных направлений деятельности ВОЗ является помощь государствам-членам в их решении. Однако данная функция министерств здравоохранения, которую мы обозначаем как стратегическое руководство здравоохранением, и ее значение для государственных бюджетов и формирования валового национального продукта не являются предметом настоящего исследования. Стимулом к его проведению, скорее, послужил выполненный недавно обзор, который показал, что все страны ОЭСР могли бы получить более существенную отдачу от своих расходов на медико-санитарную помощь и прибавить в среднем 2 года к ожидаемой продолжительности жизни, если бы во всех из них был такой же высокий уровень эффективности, как и в странах с наилучшими показателями. Вместе с тем улучшения и экономия затрат в значительной степени связаны с профилактикой хронических заболеваний, а внутри сектора здравоохранения и его силами эта задача может решаться только частично. Вот почему необходимо «расширить определение реформы здравоохранения и включить в него учет намеренного или непреднамеренного воздействия всех стратегий – в сфере здравоохранения, социальной, экономической и других – на здоровье отдельного человека или всего населения» (Georgia Health Policy Center, 2008). Пока ни одна страна не делает на систематической основе.

Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

Таким образом, цель данного исследования заключается в том, чтобы выявить появляющиеся инновационные формы стратегического руководства (Wilke, 2007), которые в сотрудничестве между сектором здравоохранения и другими секторами можно использовать для преодоления главных вызовов XXI века, относящихся к здоровью. Главное внимание в нем уделяется общегосударственному подходу и принципу участия всего общества, учету не только воздействия других секторов на здоровье, но и воздействия здоровья на другие секторы, и, самое главное, важности здоровья для общего социального развития – то есть всему тому, что мы называем «стратегическим руководством в интересах здоровья и благополучия». Большинство проблем здоровья порождаются за пределами сферы медико-санитарной помощи и обусловлены социальными детерминантами здоровья и факторами, обуславливающими нездоровое поведение, но также зависят и от глобальных процессов, вызывающих вспышки болезней, нарушения продовольственной безопасности и устойчивость возбудителей к противомикробным препаратам. Сегодня министры здравоохранения прекрасно осведомлены об этом и уже неоднократно выражали эту осведомленность – последний раз в октябре 2010 г. на совещании комитета ОЭСР по здравоохранению на уровне министров (OECD, 2010).

Самая большая стоящая перед нами проблема здравоохранения – это хронические заболевания, и в борьбе с ними мы должны принимать во внимание экологические и социальные детерминанты и применять сбалансированный подход, охватывающий ответственность на индивидуальном уровне и на уровне общества, в рамках межсекторальной политики.

Однако нам необходимо новое мышление в отношении того, как мы можем противостоять вызовам, связанным с ростом хронической заболеваемости в целом и ожирения в частности. Мы должны работать в тесном взаимодействии между всеми государственными министерствами и ведомствами и вместе с промышленностью, учебными заведениями, органами

планирования и нашими гражданами над тем, чтобы сделать окружающую среду более благоприятной для здорового образа жизни и исправить нездоровые формы поведения людей, входящих в группы риска. Особое внимание нужно уделять созданию условий для здорового образа жизни и его распространению среди детей.

Определение

В настоящем исследовании стратегическое руководство в интересах здоровья (governance for health) определяется как усилия органов государственного управления и других действующих субъектов руководить сообществами, странами или группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как общегосударственный подход, так и принцип участия всего общества. Здоровье и благополучие рассматриваются в этой концепции руководства как главные элементы того, что составляет процветающее общество и динамично развивающуюся экономику в XXI веке, а стратегии и подходы строятся на фундаменте таких ценностей, как права человека и справедливость. Стратегическое руководство в интересах здоровья всемерно способствует совместным действиям сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных структур и всех граждан во имя общих интересов. Оно предусматривает наличие синергического набора стратегий, многие из которых реализуются вне сектора здравоохранения и вне органов государственного управления, и эти стратегии должны опираться на структуры и механизмы, обеспечивающие сотрудничество. Данная концепция дает надежный мандат министерствам здравоохранения и агентствам по охране общественного здоровья на активное налаживание сотрудничества с другими заинтересованными партнерами и выполнение новых функций по формированию стратегий, направленных на укрепление здоровья и повышение уровня благополучия людей.

Итоговые результаты

С точки зрения общественного здравоохранения первый вопрос, который нужно задать относительно новых механизмов стратегического руководства, касается того, способны ли они принести практические результаты. Приведут ли они к более высоким показателям здоровья с более справедливым их распределением? Накопленный опыт показывает, что для решения комплексных проблем требуется привлечение многих действующих субъектов. Невозможно обеспечить здоровье населения, не применяя подходов, предусматривающих широкое сотрудничество. Для этого требуется активное государство, но прежде всего необходимы участие, мотивация и приверженность граждан и широкого круга общественных организаций. Хотя для выработки мер воздействия на социальные детерминанты решающее значение имеют действия на общегосударственном уровне, для решения многих проблем здравоохранения также требуются подходы, которые охватывают все общество, так как поддержание здоровья в первую очередь относится к повседневной жизни людей. С этим связаны вопросы о том, как должно быть организовано общество, чтобы обеспечить здоро-

вье, а потому на первый план выходят фундаментальные вопросы социальной справедливости и честности. «Когда мы думаем о социальной справедливости, это неизбежно наводит нас на мысль о наилучшем образе жизни» (Sandel, 2010). Вот почему мы приходим к выводу о том, что, если государство стремится решать каверзные проблемы и совершенствовать управление для достижения результатов, оно должно быть привержено ценностям, принципам и процессам, изначально присущим разумному руководству.

Каверзные проблемы отличаются тем, что они крайне трудно поддаются решению. Для успешного преодоления каверзных стратегических проблем или хотя бы для противодействия им требуется заново оценивать некоторые традиционные методы работы и решения задач, подвергая критическому пересмотру структуры руководства, базы профессиональных навыков и организационный потенциал. Первым шагом должно быть признание факта наличия каверзных проблем. Их последующее решение требует широкого признания и понимания правительством и министрами того факта, что здесь нельзя рассчитывать на быстрый успех или упрощенные подходы.

Движущие факторы, обусловленные контекстом

Большое значение для развития стратегического руководства в интересах здоровья имеют три движущих фактора перемен: взаимозависимость, сложность и совместное производство общественных благ. Они связаны с рядом более широких, долгосрочных тенденций, влияющих на все социальное развитие (Nye & Katarck, 2002) и на здоровье: это глобализация, доминирование рыночных отношений (маркетизация) и растущие сила и влияние частного сектора, а также роль информационных технологий. Но, пожалуй, самой важной тенденцией, которую часто не замечают, является возрастание роли граждан как активных участников стратегического руководства на всех уровнях: «...на огромных географических пространствах и невзирая на барьеры времени они сознательно организуются и ведут свою трансграничную социальную деятельность, занимаются бизнесом и политикой на международном уровне за рамками государственных структур» (Keane, 2003).

Эти тенденции и движущие факторы являются элементами перехода от индустриального общества к обществу знаний. Такое общество, в котором здоровье играет все более значительную роль, характеризуется тремя взаимосвязанными процессами (Willke, 2007):

- изменяющиеся контексты и условия высококвалифицированного труда, основанного на специализированных знаниях, приобретенных за годы организованного профессионального обучения и опыта;
- появление «умной организации», в которой структуры, процессы и системы правил построены таким образом, что их можно назвать умными, или интеллигентными: структуры спроектированы разумно, процессы обладают встроенной способностью к обучению, а системы контроля позволяют при необходимости изменять существующие правила;
- экономика знаний, которая возникает тогда, когда высококвалифицированный труд по анализу и обработке информации и умные организации становятся правилом, а не исключением.

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

Так, например, в Германии здравоохранение является второй по величине отраслью, более крупной, чем автомобильная промышленность. Ввиду его макроэкономического значения с точки зрения инноваций и производительности труда правительство Германии создало в структуре Федерального министерства экономики и технологии подразделение, отвечающее за медицинскую индустрию. Задача этого подразделения состоит в проведении анализа экономических аспектов здравоохранительной деятельности в рамках всего национального хозяйства путем, например, составления «спутниковых счетов здравоохранения», которые концептуально и методологически согласуются с макроэкономической статистикой страны (Aizcorbe et al., 2008; Schneider et al., 2010), чтобы выйти за рамки рыночной деятельности, как предложила Комиссия по измерению эффективности экономики и социального прогресса (Stiglitz et al., 2009).

В спутниковых счетах здравоохранения здоровье считается одним из видов человеческого капитала, который, как и другие капитальные средства, с течением времени изнашивается и требует инвестиций. Поэтому нужны показатели, отражающие размер основного капитала здоровья и норму амортизации, финансовые инвестиции в здоровье и поток прибыли на эти инвестиции. Затем улучшениям здоровья придается определенная стоимость, которая выводится путем объединения таких показателей, как продолжительность жизни, скорректированная на качество жизни, с оценками стоимости человеческой жизни. Данная концепция расширяет сферу применения существующих счетов за пределы рыночной деятельности и включает в них стоимость времени, которое члены домохозяйств инвестируют в свое здоровье и в здоровье других (Aizcorbe et al., 2008).

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

Глобальная взаимозависимость: условия, в которых осуществляется руководство в интересах здоровья, изменились

Ситуации, которые характеризуются взаимными влияниями между странами или действующими субъектами в разных странах, обозначаются термином «взаимозависимость» (interdependence). Она существует тогда, когда действия связанных субъектов обладают реципрокным – и необязательно симметричным – эффектом, влекущим за собой существенные издержки. Когда же взаимодействия не имеют значительных и дорогостоящих последствий, имеет место простая «взаимосвязь» (interconnectedness). Взаимозависимость не обязательно подразумевает взаимную выгоду, но всегда влечет за собой издержки, поскольку ограничивает самостоятельность. Заранее определить, будут ли выгоды от тех или иных взаимоотношений перевешивать издержки, невозможно. Это зависит от ценностей, принятых у действующих субъектов, и характера взаимоотношений (Keohane & Nye, 1989).

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

Эти проблемы больше не в состоянии преодолеть ни одно отдельно взятое государство, однако по-прежнему трудно добиться совместной приверженности делу решения сложных, многоуровневых вопросов, таких как контроль над мировой финансовой системой, справедливая торговля, доступ к лекарственным средствам или справедливое использование и распределение энергоресурсов, даже при том, что уже создан целый ряд механизмов глобального руководства. Например, несмотря на значительный рост объемов международной помощи на цели здравоохранения, возросла несправедливость в отношении здоровья внутри стран и между странами, и это лишь одно из многих непреднамеренных последствий проводимой политики. Достигшая критического уровня взаимозависимость вызвала рост беспокойства во

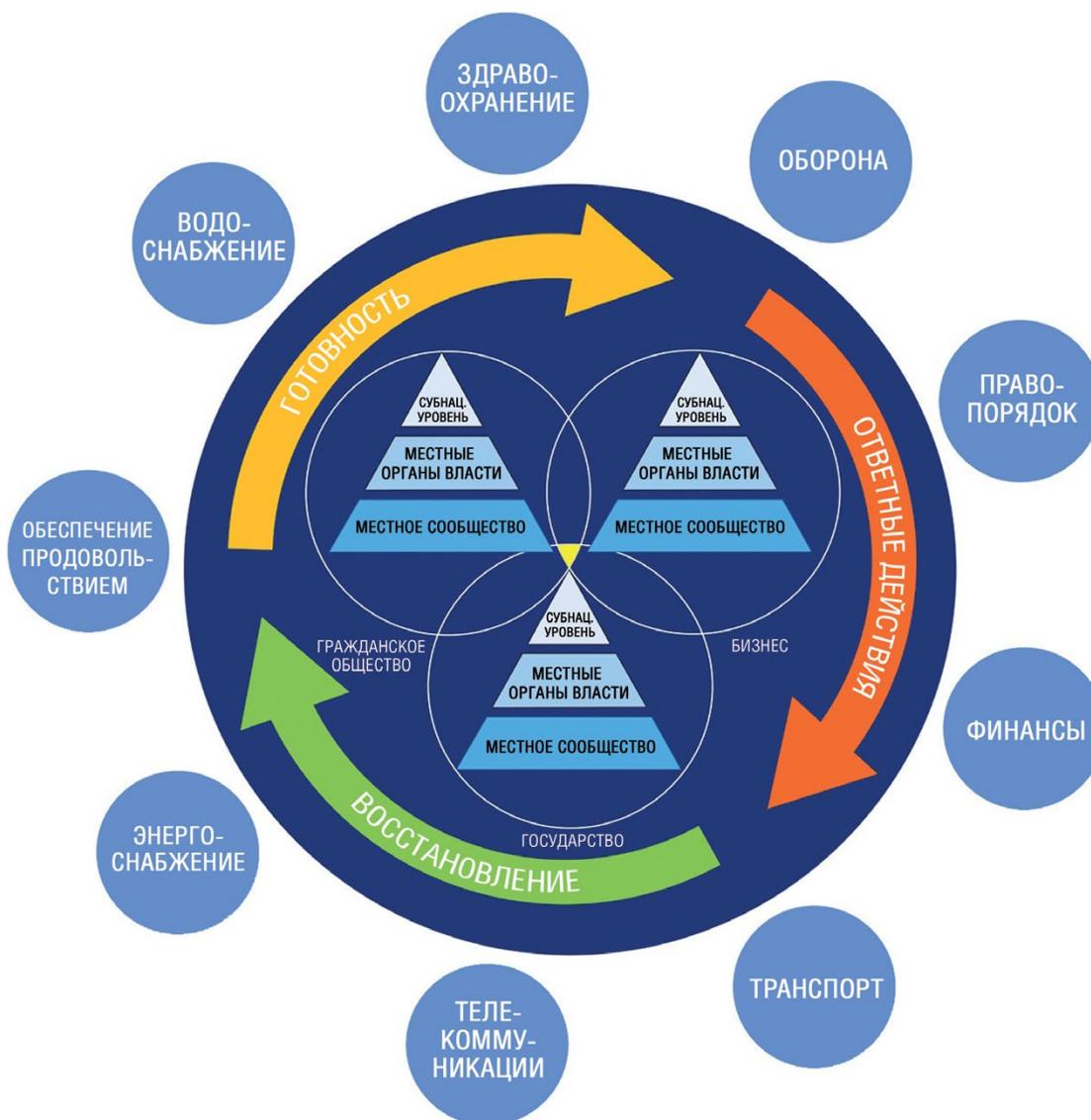
многих секторах политики и общества по поводу безопасности, готовности к чрезвычайным ситуациям, устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям и потенциала реагирования и привела к осознанию того факта, что готово должно быть все общество, а не только сектор здравоохранения (WHO, 2009).

Многие секторы уже осознали, насколько важным для них является вопрос охраны здоровья. Это можно видеть, например, на схеме механизма обеспечения готовности (рис. 1), который был разработан с целью подготовки всего общества к ответным действиям при вспышках болезней (WHO, 2009). В нем подчеркивается взаимозависимость всех секторов общества. В этом механизме выдвигаются пять ключевых принципов: подход на основе участия всего общества, готовность на всех уровнях, учет критической взаимозависимости, принятие ответных мер в соответствии со сценариями и соблюдение норм этики. На схеме, приведенной на рис. 1, этот подход иллюстрируется в виде трех кругов посередине: государство, гражданское общество и бизнес. Пирамиды внутри каждого круга представляют уровни внутри каждого сектора (территориальный, органы местного самоуправления и местное сообщество), а девять кругов вокруг непрерывного цикла мер управления чрезвычайными ситуациями (обеспечение готовности, ответные действия и восстановление) представляют девять ключевых служб – оборону, обеспечение правопорядка, финансы, транспорт, телекоммуникации, энергоснабжение, обеспечение продовольствием, водоснабжение и здравоохранение. Таким образом, механизм обеспечения готовности иллюстрирует взаимозависимость всех секторов общества.

Многие аналитики считают, что глобальная система является дисфункциональной, поскольку не позволяет ни определить проблемы, ни мобилизовать коллективные ответные действия, и что необходимо на глобальном уровне принять меры по устранению значительных диспропорций в распределении власти и ресурсов (Labonte et al., 2004). В то же время необходимо лучше разобраться в динамике новых властных центров, например прояснить неопределенность в отношении роли нарождающихся экономик: по мере того как они набирают силу, их действия в ответ на многие глобальные вызовы будут определять, насколько можно говорить о справедливой глобализации и более справедливой мировой системе как о реальности.

Многие проблемы здравоохранения, которые стоят сегодня перед системами государственного управления, не ограничиваются пределами одной страны, а являются частью сложного переплетения взаимозависимых процессов. Границы между повестками дня во внутренней и внешней политике становятся более размытыми, и значительное воздействие на роль и положение многих стран Европейского региона – да и в целом Европы – на мировой арене оказывают новые геополитические конгломераты. Некоторые регионы Европы становятся значительно беднее и вынуждены принимать нелегкие решения по вопросам охраны здоровья и развития систем здравоохранения. В решении этих насущных проблем министерствам здравоохранения приходится работать на нескольких уровнях, с частично дублирующими друг друга сетями действующих субъектов, имеющих конкурирующие цели и задачи, как в своей стране, так и за рубежом – это происходит, например, во время нынешнего экономического спада. В такой критической ситуации стало очевидно, что во многих

Рисунок 1. Механизм обеспечения готовности всего общества на случай вспышки болезни



Источник: WHO (2009).

странах у министерств здравоохранения переговорные позиции не очень сильны. Данная проблема подробно проанализирована в отношении системных изменений после распада СССР (Fidler & Szabó, в печати).

Организация Объединенных Наций с ее всеобщим членством переходит к новым моделям организации и координации международного сотрудничества, поскольку традиционные формы межгосударственного сотрудничества вступают в противоречие с новыми, более

гибкими типами организаций, альянсов и сетей и дополняются, а иногда и вытесняются ими (Org, 2011). Примерами могут служить Комитет по всемирной продовольственной безопасности, Консультативная группа высокого уровня по энергетике и изменению климата и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Комитет по всемирной продовольственной безопасности – межправительственный орган, созданный в 1974 г. под эгидой Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций, – в 2009 г. был реорганизован и теперь включает более широкую группу заинтересованных партнеров, что повышает его возможности в плане содействия стратегиям, которые направлены на борьбу с дефицитом продовольственного обеспечения. Цель этой реорганизации заключалась в том, чтобы превратить Комитет в наиболее открытую для широкого круга участников межправительственную платформу сотрудничества в интересах продовольственной безопасности.

Консультативная группа высокого уровня по энергетике и изменению климата была создана при Генеральном секретаре Организации Объединенных Наций. Ее председатель Kandeñ K. Yumkella, Генеральный директор Организации Объединенных Наций по промышленному развитию, заявил (United Nations, 2010): «Правительства в одиночку не смогут справиться с вызовами. Нам нужна приверженность и поддержка со стороны всех секторов общества, включая частный сектор, научно-академические структуры и гражданское общество, а также со стороны международных и неправительственных организаций».

Однако многие международные организации и страны плохо подготовлены к ведению необходимых сегодня сложных процессов многосторонней дипломатии. Министерства здравоохранения должны все активнее взаимодействовать с министерствами иностранных дел и экономического сотрудничества и развития, а также с международными финансовыми учреждениями, которые благодаря возросшей актуальности охраны здоровья уже рассматривают ее как часть своего «арсенала инструментов» (Kickbusch, 2011). Для многих европейских стран дополнительный уровень власти и сложности обусловлен членством в Европейском союзе, и все страны связаны растущим числом международных соглашений, которые имеют отношение к охране здоровья, хотя и не являются по своей основной направленности соглашениями в области здравоохранения. В большинстве стран между этими многочисленными сферами ответственности недостает согласованности, а у сектора здравоохранения зачастую не хватает властных полномочий, для того чтобы заручиться поддержкой других секторов в отношении повестки дня охраны здоровья. Здесь должны играть центральную роль главы правительств.

В мире всеобщей взаимозависимости экономическое влияние здоровья и безопасности здоровья на другие секторы и на все общество становится все более очевидным и меняет подход общества к вопросам здоровья. Поскольку другие заинтересованные стороны испытывают негативное влияние проблем здоровья, они будут все настойчивее требовать таких методов руководства и институтов, которые смогут реагировать на эти проблемы и обеспечивать более рациональные системы здравоохранения или более высокий уровень безопасности здоровья. Во-первых, возникает озабоченность по поводу влияния роста сектора здравоохранения на другие государственные секторы и в целом на рост и производительность

экономики, особенно в странах, где расходы на здравоохранение растут быстрее, чем экономика в целом. Влияние и потенциал сектора здравоохранения также становятся весьма значимыми в связи со вспышками таких заболеваний, как ТОРС, птичий грипп, пандемический грипп (H1N1)2009 и как самый последний пример – вспышка инфекции, вызванной смертоносным штаммом кишечной палочки (*E. coli*), в Европе в 2011 г. По расчетам, экономический ущерб, нанесенный вспышкой ТОРС, составил от 7 до 21 млрд евро, локальная вспышка чумы в Сурате (Индия) в 1994 г. обошлась в 1,4 млрд евро, а эпидемия птичьего гриппа в 1997 г. в Специальном административном районе Китая Гонконге – в сотни миллионов евро в виде потерь производства мяса птицы, а также торговли и туризма (Robertson, 2003).

В 2011 г. вспышка инфекции *E. coli* нанесла тяжелый урон сельскому хозяйству и розничной торговле пищевыми продуктами в Европе, так как некоторые страны запретили импорт ряда видов овощей, а потребители воздерживались от покупки некоторых свежих продуктов, что привело к резкому снижению объемов продаж. Сумма, которая была предложена Европейским союзом в качестве помощи европейским фермерам для покрытия убытков, составила 210 миллионов евро. Экономические последствия были настолько тяжелыми, что привели к политической напряженности между странами, к необходимости урегулирования на уровне ЕС и к тому, что даже рассматривался вопрос о возможных правовых санкциях, связанных с выплатой трансграничной компенсации пострадавшим фермерам и другим структурам бизнеса. Государство, бизнес и граждане пока еще не полностью готовы к принятию мер на уровне всей системы государственного управления и на уровне всего общества в ответ на подобные вспышки, и поэтому в отдельных странах, на европейском и глобальном уровнях сегодня обсуждаются новые формы организации и координации, которые позволяют действовать более оперативно и грамотно. Определяющим фактором в отношении таких вспышек остается неопределенность; при этом все полагаются на то, что сектор здравоохранения сведет к минимуму негативные последствия для сфер ответственности других отраслей. И в то же время общество рассчитывает на обеспечение высокого уровня безопасности здоровья населения. В этом заключается одна из причин создания в 2005 г. Европейского центра профилактики и контроля заболеваний как учреждения Европейского союза, призванного в партнерстве с национальными органами здравоохранения упрочить защиту Европы от инфекционных болезней.

Жизнестойкость общества проверяется не только системными потрясениями и вспышками, но и проблемами, которые назревали в течение столетия, однако сдерживались традиционными подходами к политике и стратегическому руководству. Глубокое воздействие на здоровье и благополучие общества во всех странах оказывают такие процессы, как стремительная урбанизация, эпидемиологические и демографические сдвиги, изменение климата, конкурентная борьба за оскудевающие природные ресурсы, углубление экономического неравенства и внедрение новых технологий – от социальных СМИ до синтетической биологии. Это тоже каверзные проблемы, взаимозависимость которых пока до конца не изучена, и нет критериев для того, чтобы сполна оценить их воздействие на экономику и общество. Страны предпринимают активные усилия для решения этих проблем, равно как и для преодоления уязвимости, создаваемой переменами, но в этом процессе им мешают два существенных препятствия. Во-первых, действия в рамках межсекторального и международно-

го сотрудничества сдерживаются зависимостью от традиционных путей, ведомственной обособленностью стратегий, взаимоисключающими интересами, непропорциональным распределением ресурсов и разными системами ценностей и убеждений. Во-вторых, часто бывает трудно изменить ситуацию в благоприятном направлении из-за интересов мощных группировок частного сектора, которые хорошо организованы и действуют согласованно на мировом уровне. В Европе координация действий характеризуется дополнительным уровнем сложности вследствие властных полномочий Европейского союза и диспропорций в распределении власти и ресурсов между странами.

Сложность: представления о здоровье изменились и расширились

Согласно Fuerth (2009):

Теория сложности позволяет составить намного более реалистичное описание хода и взаимосвязи событий. Она приносит в изучение человеческой активности ощущение того, что всё и вся действительно взаимосвязано, как бы неудобно это ни было для устоявшихся дисциплин или для организаций, построенных на бюрократической обособленности. Эта теория предупреждает нас о том, что нужно игнорировать утверждения идеологов и пропагандистов о существовании уникальных, перманентных решений главных проблем. Она учит нас вместо этого рассматривать проблемы, стратегии и последствия стратегий как элементы непрекращающегося взаимодействия. Она предупреждает нас о существовании постоянной возможности резких, прерывистых форм перемен. Она помогает нам понять, почему лишь закон непреднамеренных последствий стоит невыбылемо над обломками стратегий, построенных на изолированных концепциях и жестких планах.

Другой подход к стратегическому руководству подразумевает изменение угла зрения на проблему, которую необходимо решить. Данное ВОЗ определение здоровья как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов» (ВОЗ, 1946) не ограничивается категориями болезни. Сегодня это определение усиливается восприятием здоровья и как итога широкого спектра политических, социальных и экономических процессов, и как самостоятельного ресурса, связанного с возможностями и ресурсами отдельных людей, сообществ и общества в целом. Общество знаний, демократическое развитие, характер проблем здравоохранения и технические инновации – все указывает на то, что нужно принимать сложность как одну из ключевых характеристик видения здоровья и угроз здоровью в XXI веке. В сообществе здравоохранения эта точка зрения получает признание, которое выражается в разных формах: например, широкую распространенность табакокурения или ожирения называют «социальными эпидемиями», «болезнями коммуникации» или «пандемиями, вызываемыми товарами потребления», поскольку вклад в их распространение вносят многочисленные факторы. Что касается сложности, то стратегии по борьбе с такими эпидемиями должны осуществляться на многих уровнях, а их эффект выходит далеко за рамки показателей здоровья: они также оказывают экономические, социальные и политические воздействия, а также имеют

непреднамеренные последствия (факт, который во многих аналитических работах, посвященных только проблемам здоровья, часто игнорируется) (Slama, 2005).

Сложные адаптивные системы (Glouberman et al., 2003):

... состоят из множества отдельных самоорганизующихся элементов, способных реагировать на другие элементы и на окружающую их среду. Всю систему можно рассматривать как сеть взаимоотношений и взаимодействий, в которой целое гораздо больше, чем сумма отдельных его частей. Изменение в любой части системы, даже всего в одном элементе, вызывает реакции и изменения в связанных с ним элементах и в окружающей среде. Поэтому невозможно с полной точностью предсказать последствия какого-либо вмешательства в систему, так как система всегда реагирует на изменения и на индивидуальные воздействия и адаптируется к ним.

Ряд авторов предложили рассматривать здоровье как сложную адаптивную систему, которая формируется в результате совокупности многих взаимодействий и динамичных процессов, встроенных в другие комплексные системы. Поэтому многие современные нарушения здоровья и сложная природа хронических заболеваний требуют системного взгляда, что включает понимание общей взаимозависимости всех действующих сил и социального характера риска, связанных с ним аспектов социальной справедливости и индивидуальных мотивов. Требуются изменения как на уровне политики, так и на организационном уровне и на уровне сообществ и индивидуумов. Эта мысль выражена во многих документах с изложением политики в области здравоохранения. Тем не менее, несмотря на имеющиеся объективные факты, во многих странах не предпринимаются необходимые меры на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества.

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

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

Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2008 г.) показывает, что здоровье само является объектом интереса других сложных систем, в том числе таких, как сфера занятости, транспорт и жилищный сектор, что оно зависит от таких социальных процессов, как

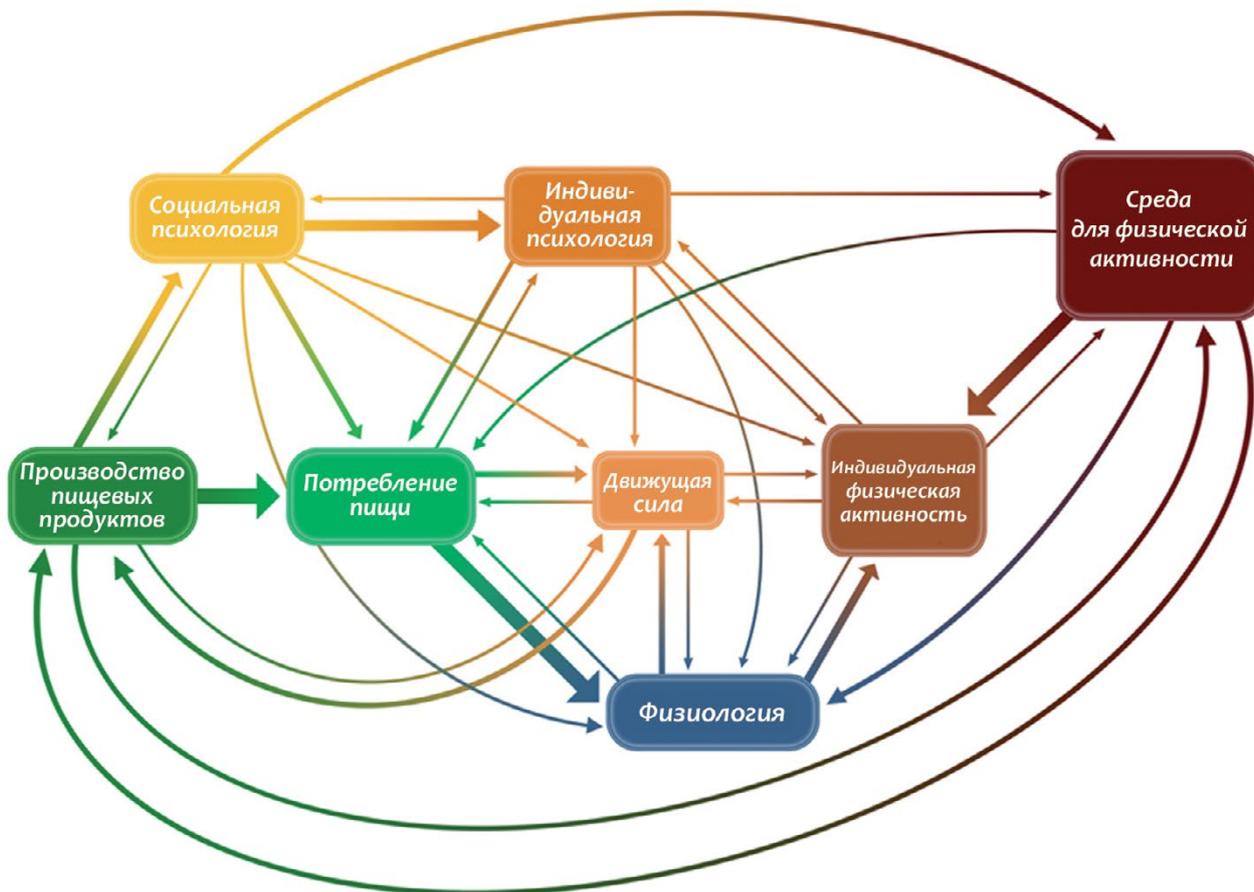
индустриализация, урбанизация и глобализация, но самое главное – оно связано с разными уровнями воздействия рисков и с различной способностью к преодолению негативных влияний, что определяется распределением власти, денег и других ресурсов в обществе. Эти «причины причин» требуют нового подхода к оценкам и нового видения политики в отношении социальной справедливости. В отличие от более традиционных подходов к эпидемиологии, которые направлены на идентификацию отдельных факторов риска, в подходе на основе комплексных систем рассматривают более широкую среду, в которой возникают системные риски для здоровья, в которых наиболее явно прослеживается социальный градиент. Это также означает, что положительный эффект в отношении здоровья может достигаться благодаря действиям других секторов без участия сектора здравоохранения; это особенно верно в случае определенных налогово-бюджетных мер и перераспределяющих стратегий. Например, в странах с менее выраженными социальными неравенствами также обычно наблюдается меньше неравенств в вопросах здоровья, а общие показатели здоровья населения выше.

На необходимость более широкого взгляда на вещи со всей очевидностью указывают связи между пищевыми продуктами, продовольственной безопасностью, устойчивым развитием и такими системными рисками для здоровья, как ожирение и диабет (Kickbusch, 2010; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Например, самыми важными факторами риска развития диабета 2-го типа являются ожирение, недостаток физической активности, питание с недостатком пищевых волокон и избытком калорий, а также курение. Эти влияния вступают во взаимодействие с другими факторами, такими как возраст, наследственная предрасположенность и характер питания в раннем детстве (рис. 2).

Эти риски сами определяются структурными факторами, такими как степень социального расслоения, индустриализация, урбанизация и глобализация, которые влияют на доступ индивида к медико-санитарной помощи и на подверженность воздействию условий, способствующих курению или ожирению и в свою очередь зависящих от социальных норм, традиций питания и городской инфраструктуры. Поэтому сектор здравоохранения в одиночку если и может осуществить вмешательства, направленные на системные риски и социальные детерминанты здоровья, то лишь очень немногие.

Хотя часто утверждают, что производство пищевых продуктов определяется структурой спроса на рынке, есть все основания полагать, что оно стало оторванным от рыночного спроса и что рынок искажается под влиянием многих других факторов. Формы производства пищевых продуктов определяют не только безопасность продуктов, но и их пищевую ценность. Таким образом, способы производства пищевых продуктов и влияющие на них факторы являются одним из определяющих факторов структуры заболеваемости, связанной с питанием. Оказывают влияние на производство пищевых продуктов и вопросы экологии, особенно потребность в таких агроприемах, которые являются устойчивыми в долгосрочной перспективе. Можно усмотреть гармоничную связь между производством пищевых продуктов, сохраняющих и укрепляющих здоровье человека, и производством пищевых продуктов, сохраняющих окружающую среду. Поэтому политику в отношении питания и в отношении охраны окружающей среды можно разрабатывать параллельно, что отражено в положениях Европейского плана действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Производство пищевых продуктов воздей-

Рисунок 2. Упрощенная схема предвидения (инструмента принятия стратегических решений на основе построения прогностических сценариев) в отношении ожирения



Источник: Finegood et al. (2010).

ствует на здоровье человека не только через потребление пищи, но и через характер и устойчивое развитие сельской экономики, которые влияют на уровень занятости, социальную сплоченность и наличие возможностей для отдыха на природе. А эти факторы, в свою очередь, способствуют улучшению психического и физического здоровья.

Большинство вмешательств носят широкий, структурный характер и связаны скорее с политикой, нежели с конкретными мерами медицинского характера (Whiting et al., 2010), особенно вмешательства, касающиеся распределения доходов, потребления и материальных благ. Выполненный ОЭСР анализ (Slama, 2005) показал, что при сопоставимом соотношении затрат и результатов многовекторные подходы примерно в два раза более эффективны, чем самое эффективное однонаправленное вмешательство. Это со всей очевидностью демонстрирует

борьба против табака. Особое значение имеют стимулирующие вмешательства (вмешательства-рычаги), которые создают положительную системную динамику для осуществления социальных перемен. Как показывает тридцатилетний опыт борьбы против табака, такие системные подходы обычно бывают и более устойчивыми в долгосрочной перспективе. Зачастую они реализуются в условиях организационной инерции и сильного противодействия со стороны секторов, имеющих конкурирующие системы ценностей и интересов и обширные финансовые ресурсы. Поэтому для осуществления общегосударственного подхода и принципа участия всего общества требуется удобный момент, или «окно возможностей» (Kingdon, 1995), то есть уникальное стечение обстоятельств, соединяющее в себе культурные сдвиги, политическую волю и политическую осуществимость.

«Копродукция» – новые функции граждан и общественных организаций

Копродукция здоровья

В XX веке граждане – как индивиды, сообщества и организации гражданского общества – изменили свои подходы к здоровью и к стратегическому руководству. Решение многих современных проблем здравоохранения требует уникального сочетания структурных и поведенческих изменений и организационных и политических мер. Индивидуальный выбор также вносит свой вклад как в успехи, так и в неудачи в плане здоровья, но варианты этого выбора заложены в социально-экономической и культурной среде. Эта мысль ясно выражается в использовании словосочетания «способствующий ожирению» для обозначения окружающей среды, поощряющей нездоровое питание или создающей отрицательные стимулы для физической активности. Оно же указывает на те вмешательства, которые люди должны предпринять в своей жизни, особенно на местном уровне. Такое понимание «руководства в интересах борьбы с ожирением» само по себе является плодом опыта, накопленного за 30 лет борьбы против табака.

Благодаря активной позиции граждан в вопросах охраны и укрепления здоровья произошли изменения в том, как общество руководит охраной здоровья и борьбой с болезнями: от действий на местном уровне по минимизации или устранению экологических рисков для здоровья до глобальных мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, обеспечению доступа к лекарственным средствам и борьбе против табака. Нельзя представить руководство здравоохранением без действий гражданского общества на всех уровнях – «обширного, взаимосвязанного и многослойного неправительственного массива» (Keane, 2003). Такая форма демократизации здравоохранения связана с новыми характеристиками широкого участия граждан в современной демократии, которая включает как «отчетливо выраженные признаки плюрализма, так и мощный конфликтный потенциал» (Keane, 2003).

Последние десятилетия XX века отмечены ростом активности гражданского общества; в XXI веке появляется нечто по своей сути новое в том, как граждане, чьи возможности в самое последнее время расширились благодаря новым технологиям и средствам связи, берут на себя ответственность за свое здоровье и требуют большего от правительств, медицинских работников и индустрии. Сегодня активная позиция граждан проявляется в двух аспектах. Они участвуют в совместном производстве – копродукции – такого обществен-

ного блага, как здоровье, через свою вовлеченность в два одновременных и часто взаимодействующих процесса: в совместное руководство в интересах здоровья, которое предполагает приверженность общегосударственному подходу и принципу участия всего общества как неперенных факторов успеха, а также в совместные действия по укреплению здоровья и оказанию медико-санитарной помощи и ухода, которые предполагают отношения сотрудничества и общения между индивидами в рамках сектора здравоохранения в его более узком определении и в которых они выступают в качестве граждан, пациентов, лиц, осуществляющих уход, потребителей и поставщиков услуг здравоохранения. Копродукция здоровья становится возможной благодаря распространению новых технологий и доступу к информации, которые обуславливают сдвиг в характере общества в европейских странах от индустриального к обществу знаний и которые заставляют заново определять структуру и методы работы организаций и учреждений здравоохранения. Здравоохранение все больше становится частью более широкой экономики знаний, построенной на «высококвалифицированном труде по анализу и обработке информации» и требующей для получения успешных конечных результатов интеллектуально развитых пользователей и умеющих учиться организаций. В связи с этим, критически важным фактором как в руководстве здравоохранением, так и в стратегическом руководстве в интересах здоровья является грамотность в вопросах здоровья.

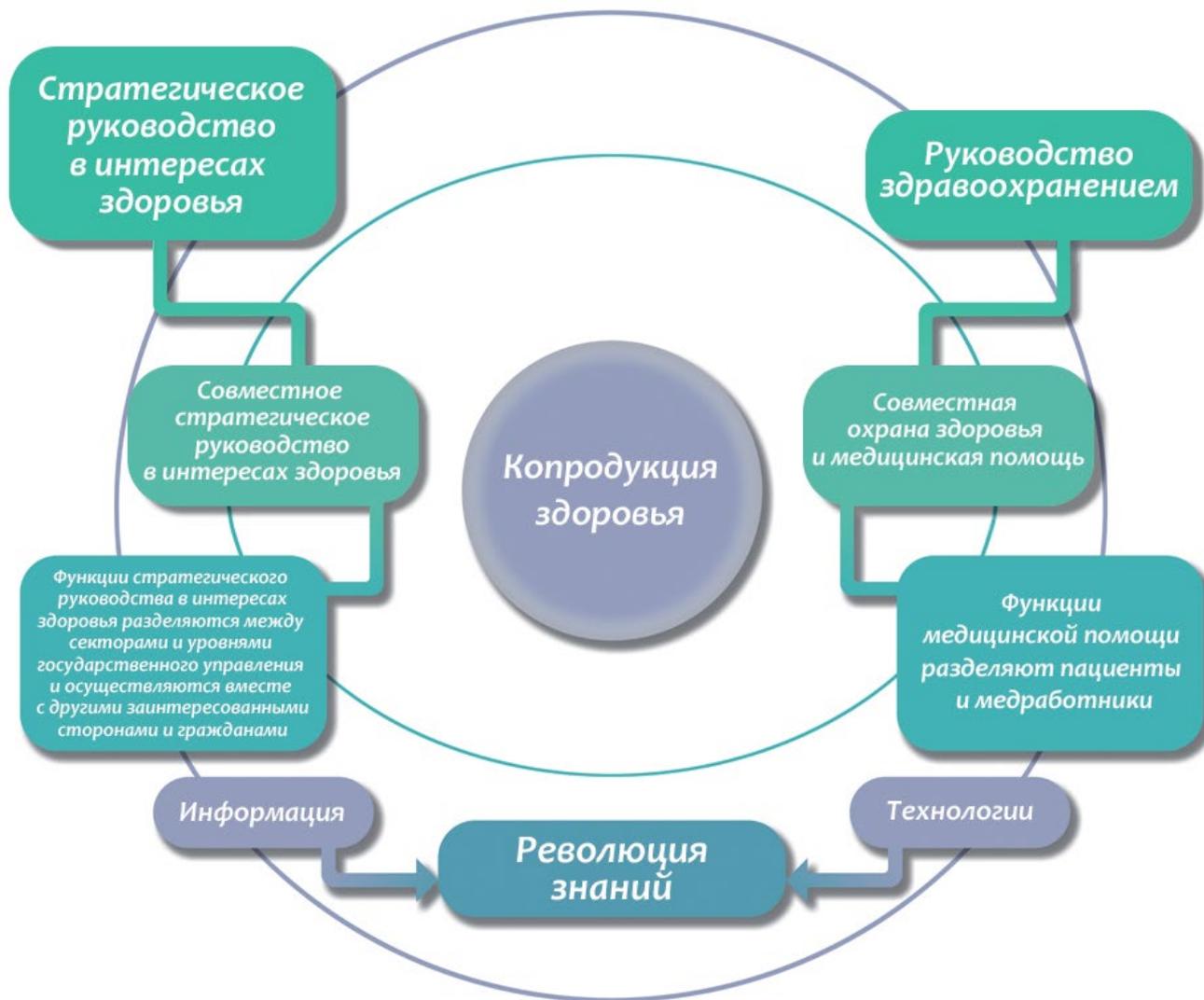
Копродукция знаний

Копродукция здоровья требует совместного производства (копродукции) знаний. Для того чтобы стратегическое руководство в интересах здоровья было эффективным, оно должно строиться на широком участии заинтересованных сторон, а также учитывать мнения экспертов, делая на их основе более широкие выводы. По-новому начинают учитываться опыт людей и их субъективные ощущения. Для общества знаний требуется опережающее стратегическое руководство (Kloprogge & van der Sluijs, 2006), при котором:

... подчеркивается совместное руководство, совместное производство знаний силами науки и общества и неразделимая природа «фактов» и «ценностей» – оба эти элемента должны быть на первом плане и подвергаться всестороннему анализу, чтобы обеспечить инновационный характер стратегического руководства. Когда традиционных экспертных знаний не хватает, опережающее руководство реагирует на возникающую неопределенность путем мобилизации (через расширенное сообщество равных представителей «эпистемологических культур») местных и традиционных знаний и путей познания, чтобы можно было выстроить более прочную и обогащенную научную и техническую базу.

Для минимизации риска того, что проблемы будут неправильно определены или представлены в неверном свете вследствие наличия неизвестных систематических погрешностей, нужно учитывать как можно больше точек зрения как экспертов, так и дилетантов. «Такой более широкий подход к знаниям (включая экспертные мнения, но не ограничиваясь ими) позволяет изучить системы ценностей и власти, под влиянием которых формируется видение возможных сценариев социально-технического будущего» (Kloprogge & van der Sluijs, 2006; Özdemir & Knoppers, в печати).

Рисунок 3. Стратегическое руководство в интересах здоровья и стратегическое руководство здравоохранением



Перемены, основанные на копродукции здоровья и знаний, происходят во всех секторах и сферах жизни (рис. 3) и проявляются в спросе на более здоровую пищу, экологически более чистые технологии и чистые улицы, ускоренную разработку новых лекарств и методов лечения, более открытые для участия пациентов формы медико-санитарной помощи, а также в происходящих в последнее время народных протестах против ряда неподотчетных обществу государственных режимов. Людей можно наделить правами и возможностями для действий. Совместное стратегическое руководство в интересах здоровья – главный пред-

мет данного исследования – является как движущей силой перемен, так и реакцией на меняющиеся политические контексты XXI века: оно «предусматривает, что граждане, поставщики услуг и институты будут вместе трудиться над созданием такой социальной системы и среды, которая даст возможность всем быть здоровыми» (Ruger, 2010). Задача, стоящая перед правительствами, состоит в том, чтобы создать в сложных, взаимосвязанных сетях организаций и систем в государственном, частном и некоммерческом секторах потенциал для эффективного совместного производства общественных благ (World Economic Forum, 2011) и по-новому измерять произведенные ценности, чтобы можно было определить, движется ли общество в направлении большего благополучия. Согласно Ruger (2010): «Совместное руководство здравоохранением охватывает выработку консенсуса в отношении основных принципов и процедур распределения, точных критериев эффективности и изменений в установках и нормах и ведение открытых дискуссий для решения проблем. <...> Этот процесс соединяет в себе функции и обязанности всех сторон – граждан, поставщиков услуг и учреждений».

2.

Стратегическое руководство

Три основных вектора развития стратегического руководства

По определению Комиссии по глобальному стратегическому руководству (Commission on Global Governance, 1995), стратегическое руководство – это

...сумма множества способов, которыми люди и институты, государственные и частные, управляют своими общими делами. Это непрерывный процесс, посредством которого можно согласовывать противоречивые или несхожие интересы и предпринимать совместные действия. Оно включает официальные институты и органы, уполномоченные осуществлять меры принуждения к соблюдению установленных норм, а также неформальные структуры, которые люди и институты либо договорились считать соответствующими их интересам, либо воспринимают их таковыми.

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

В разных странах Европы роль государства видится по-разному, что является отражением исторического развития и политической культуры каждой страны, однако во всей Европе отмечаются долговременные тенденции относительно роли и функций государства и определенный сдвиг в разделении властей (Riklin, 2006), в частности в области здравоохранения. В целом в большинстве европейских демократий (хотя и не во всех) наблюдается тенденция

к отходу от авторитарных стратегий к стратегиям решения проблем и выработки политики на основе сотрудничества и широкого участия заинтересованных сторон. Хотя последствия экономического спада в некоторых странах сполна оценить пока невозможно, все указывает на то, что возврат к монопольным стратегиям проблем не решит.

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

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

В нынешнем периоде перемен стратегическое руководство иллюстрирует отдельные моменты в непрерывном процессе, который происходит и формируется под влиянием тенденций в распределении силы и власти. Рассредоточение руководства, мониторинговая демократия (демократическое отслеживание) и общие ценности – вот три движущие силы, которые определяют понимание механизмов и институтов стратегического руководства по мере его сдвига от авторитарного к коллективному. Они образуют отдельную группу политических факторов, определяющих подходы к стратегическому руководству в интересах здоровья. Согласно Scharpf (1994):

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

Распределение стратегического руководства

Инновации в стратегическом руководстве выходят за пределы системы государственно-го управления и распространяются среди различных действующих субъектов в обществе. Nye & Kamaeck (2002) высказали предположение о том, что функции государства будут сосредотачиваться одновременно в нескольких направлениях в ответ на несоответствие потенциала государства постоянно усложняющимся вызовам (рис. 4).

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

К числу примеров относятся: передача группам активистов местных сообществ на договорной основе функций защиты детей, партнерства по благоустройству парков в США, плата за въезд на автомобиле в Лондон, а также закон в Сингапуре, который обязывает детей исполнять свой традиционный долг по уходу за стареющими родителями. В каждом из этих примеров трудности, которые необходимо преодолевать, настолько велики, что добиться перемен

Рисунок 4. Распределение стратегического руководства в XXI веке



Источник: адаптировано из Nye & Kamaeck (2002).

в одиночку не смогла бы ни одна организация. Государственная казна и штаты государственных служащих не могут быть единственными источниками средств и кадров, которые определяли бы общественные цели и решали, как использовать общественные средства. Наконец, мобилизация и распределение ресурсов не является сферой ответственности исключительно системы государственного управления. Производимые в результате общественные услуги оцениваются не только с точки зрения коэффициента полезного действия и эффективности, но и с точки зрения социальной справедливости, добросовестности и укрепления сплоченности местных сообществ (Moore & Hartley, 2010).

В литературе о стратегическом руководстве рассматриваются модели участия во власти и анализируются отношения между организациями и их окружением, между секторами и направлениями политики, между странами, между государством и негосударственными субъектами и, самое главное, между сетями, функционирующими внутри этих группировок, и внутри этих сетей. Для обозначения такого стратегического руководства появились новые термины, такие как «сетевое руководство» (network governance), «метаруководство» (meta-governance), «руководство без правительства» (governance without government) и «размытое государство» (hollowed-out state). Все они относятся к последствиям рассредоточения функций руководства и власти. Примером форм сотрудничества, используемых в стратегическом руководстве, является партнерство по борьбе с малярией (рис. 5).

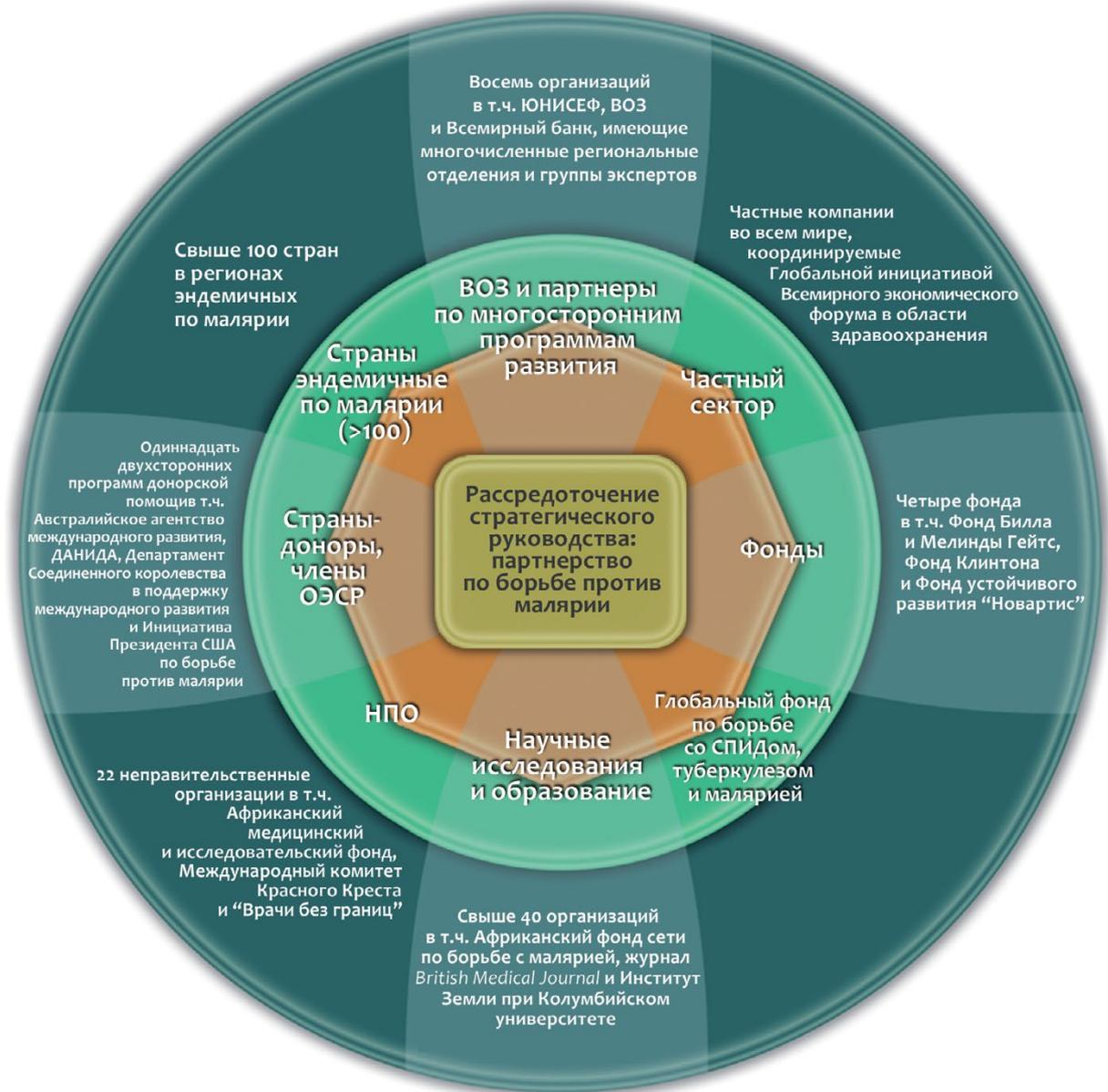
Главные вопросы, которые обсуждаются в литературе, посвященной стратегическому руководству, – это роль и полномочия государства в XXI веке и области сопряжения местной, национальной, региональной и глобальной политики. В дебатах по проблемам здравоохранения выделяются три воззрения на стратегическое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

Одни авторы утверждают, что произошло значительное ослабление государств как на национальном, так и на международном уровне, прежде всего вследствие возрастающего могущества частных корпораций (Cashore, 2002; Strange, 1996; Vogel, 2008). В этой связи они противопоставляют государственное управление и стратегическое руководство в ситуациях, в которой государство выглядит в качестве проигравшего.

Другие авторы обращают внимание на тот факт, что сфера, масштабы и характер государственного управления в контексте новых стратегических проблем и после системных потрясений последнего десятилетия фактически расширяются (Bell & Hindmoor, 2009; Crawford, 2006; Jessop, 2002; Moss et al., 2006; Sorenson, 2006). Это расширение можно видеть как в традиционных, так и в новых типах мер иерархического регулирования, в новых отношениях между странами и в новых, более сложных отношениях между многими заинтересованными сторонами.

В области здравоохранения государство расширяет свое влияние на многие секторы общества. Например, действия по сокращению потребления табака, предпринятые в последнее десятилетие, привели к принятию новых регуляторных мер, которые затронули такие сферы жизни, куда раньше государство не вторгалось. Заключение крупных международных договоров, таких как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (ВОЗ, 2003), и продолжение переговоров о ее реализации требует подхода на основе самого широкого участия многих заинтересованных сторон. Регламентация табачных изделий затрагивает

Рисунок 5. Рассредоточение стратегического руководства: партнерство по борьбе с малярией



Источник: Roll Back Malaria Partnership (2010).

не только табачную промышленность и фермеров, выращивающих табак, производителей и продавцов, но и, например, секторы общественного питания и рекламы, таможенные органы, а также ведомства, осуществляющие борьбу с контрабандой запрещенных товаров. Аналогичные процессы происходят и в области борьбы с ожирением.

Наконец, в третьем воззрении (Keane, 2009; Michalski et al., 2001) подчеркивается динамизм, возникший в стратегическом руководстве в результате прямого участия людей в решении вопросов, касающихся качества их жизни, таких как городское благоустройство, охрана окружающей среды и продовольственное обеспечение с учетом интересов здоровья. Примерами здесь могут служить находящиеся под контролем общественности местные советы по пищевым продуктам и советы микрорайонов.

Рассредоточение руководства влечет за собой использование горизонтальных и многоуровневых подходов с участием многих заинтересованных сторон. Существенное значение имеют три типа горизонтального, или коллективного, руководства: общегосударственное, с участием многих заинтересованных сторон и многоуровневое. Часто применяются сразу три подхода, и в таком случае они объединяются в четвертый – принцип участия всего общества. Более традиционные, иерархические формы руководства не теряют своей значимости (как трактуется в некоторых публикациях по данной теме) и не заменяются полностью новыми механизмами. Описанные выше подходы к стратегическому руководству дополняют друг друга, комбинируются и адаптируются различным образом в течение переходного периода, чтобы повысить способность к решению задач. Это в полной мере относится и к области здравоохранения, где подходы с участием многих заинтересованных сторон сопровождаются возросшим интересом к законодательству об общественном здравоохранении на всех уровнях руководства (Institute of Medicine, 2011).

Расширение мониторинговой демократии

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

Keane (2009) утверждает, что в настоящее время развивается новый тип демократии, который он назвал мониторинговой демократией (*monitory democracy*). Поскольку граждане требуют не только более полной информации, но и возможности по-новому участвовать в решении общественных задач, происходит также сдвиг в легитимности и подотчетности – от авторитарных процессов к процессам сотрудничества.

Легитимность определяется как «обобщенное восприятие или допущение, что действия той или иной структуры являются желательными, правильными или надлежащими в рамках конкретной выработанной обществом системы норм, ценностей, убеждений и определений» (Suchmann, 1995). Легитимность зависит от уровня ее признания различными непосредственными и внешними аудиториями. Важными факторами для создания необходимого для легитимности доверия являются репрезентативность, инклюзивность и прозрачность. Кроме того, легитимность зависит от способности процесса вовлечь заинтересованные стороны в содержательный диалог, в котором они ощущают себя полноправными хозяевами и видят возможность получить для себя выгоды, для чего требуются полная прозрачность, открытость и уважительное отношение. Для начинающих формироваться коллективных процессов может возникнуть серьезная угроза, если партнеры не будут регулярно контролировать транспарентность восприятий и ожиданий от участия (Burger & Mayer, 2003; Vallejo & Hauselmann, 2004).

Мониторинговая демократия – это пострепрезентативная демократия, при которой механизмы мониторинга и контроля властных структур распространяются по горизонтали и вертикали через весь политический континуум. Характерные атрибуты этой новой эпохи – анкетирования, фокус-группы, совещательные опросы, онлайн-петиции и голосования в аудиториях и среди потребителей, а также аудиторские комиссии, общественные палаты, мозговые центры на базе Интернета, собрания жителей, региональные парламенты, саммиты и глобальные организации независимых наблюдателей. Она представляет переход от политической системы «один человек – один голос и один представитель» к системе «один человек – множество сфер заинтересованности, много мнений, много голосов и много представителей». Как показано в докладе Комиссии по измерению экономической эффективности и социального прогресса (Stiglitz et al., 2009), важность объекта измерения возрастает, если люди не считают, что опыт их повседневной жизни полноценно отражен в данных, представленных органами государственного управления и другими институтами общества. Несомненно, это подрывает доверие. Одна из причин того, что большинство людей могут воспринимать свое положение как ухудшающееся, несмотря на рост среднего уровня дохода населения, состоит в том, что их положение действительно стало хуже. В сфере здравоохранения, где значительную роль играют фактические данные, это имеет особенно большое значение, о чем будет говориться ниже.

Согласно Mulgan (2000):

... [подотчетность] описывает процесс, в ходе которого реализуется обязанность «отчитываться» перед какой-либо властной структурой за свои действия... Эта обязанность является внешней для подотчетного лица или органа в том смысле, что отчет дается другому лицу или органу, находящемуся за пределами юрисдикции подотчетного лица или органа. Она подразумевает социальное взаимодействие и социальный обмен. То есть одна сторона – требующая отчета – стремится получить ответы и добиться устранения недостатков, в то время как другая сторона – подотчетная – отвечает и выступает в качестве объекта обрабатываемых на нее санкций. Это подразумевает наличие властных полномочий: требующее отчета лицо или орган утверждает свои главенствующие права в отношении подотчетных лиц или органов, включая право требовать ответы и налагать санкции...

Однако в последнее время понятие подотчетности (accountability) вышло за рамки отношений представительной демократии и распространилось на области, в которых различные аспекты основного смысла подотчетности, описанные выше, уже не действуют. Например, словом «accountability» теперь часто обозначают чувство индивидуальной ответственности и заботы об общественных интересах, которое должно быть у государственных служащих («профессиональная» и «личная» ответственность), некое внутреннее ощущение, выходящее за пределы основной внешней направленности этого понятия. Во-вторых, считается также, что подотчетность – это элемент различных институциональных сдержек и противовесов, посредством которых демократическое общество стремится контролировать действия правительств (подотчетность как контроль), даже когда отсутствует прямое взаимодействие между правительствами и контролирующими их институтами. В-третьих, подотчетность связана с тем, в какой степени государственные органы удовлетворяют пожелания или потребности своих граждан (подотчетность как отзывчивость), независимо от того, вынуждают их делать это посредством процессов авторитарных отношений и контроля или нет. В-четвертых, подотчетность применяется для обозначения публичной дискуссии между гражданами, на которой зиждется демократия (подотчетность как диалог), даже когда нет и намек на какую-либо авторитарность или подчиненность между сторонами отношений подотчетности.

По мере того как власть рассредоточивается по всей системе государственного управления и по обществу, начинает играть роль целый ряд новых действующих субъектов, таких как донорские агентства, центральные банки и рейтинговые организации типа «Стандарт энд Пурс», и значение этой роли выходит за пределы отдельных стран. На уровне страны это могут быть самые разные субъекты: поставщики общественных услуг, такие как, например, британская новостная служба Би-би-си, французское Агентство санитарной безопасности пищевых продуктов, гигиены окружающей среды и гигиены труда, ведомства по оценке и мониторингу рисков, такие как Служба уполномоченного по правам ребенка в Швеции. Этот новый тип невыборной власти сопровождает переход к обществу знаний. Многие из этих субъектов организовались по собственной инициативе, другие созданы выборными органами власти, но руководят ими зачастую назначенные должностные лица, работающие на порядочном удалении от влияний и ритма периодических избирательных кампаний. Vibert (2007) назвал этот феномен «возвышением невыборных» и рассматривает эти действующие субъекты в качестве новой, четвертой ветви демократической власти (в дополнение к исполнительной, законодательной и судебной). Еще одним механизмом, который используется все чаще (в том числе и в здравоохранении), являются комиссии, хотя создаются также и новые типы учреждений здравоохранения, примерами которых являются Австралийское национальное агентство профилактического здравоохранения и Комиссия по социальной устойчивости города Мальмё.

Австралийское национальное агентство профилактического здравоохранения призвано оказывать помощь Совету правительств австралийских штатов и Конференции австралийских министров здравоохранения в решении постоянно усложняющихся проблем, связанных с профилактикой хронических заболеваний. Агентство содействует профилактике путем предоставления министрам здравоохранения штатов рекомендаций, основанных на фактических данных, поддержки в получении фактических данных и информации о состоянии профилактического здравоохранения в Австралии и об эффективности профилактических

вмешательств, а также путем разработки национальных рекомендаций и нормативов в отношении профилактических мероприятий. В состав консультативного совета входят один представитель Австралийского Союза, не более двух представителей от правительств штатов и территорий и от пяти до восьми других членов, имеющих специальные знания и опыт в области профилактического здравоохранения.

Комиссия по социальной устойчивости города Мальмё (Швеция) создана для разработки плана, целей и стратегий сокращения неравенств в отношении здоровья в Мальмё. Город будет руководствоваться этим планом в своих усилиях по сокращению различий в состоянии здоровья между группами населения. Исходной точкой является всеобъемлющая общенациональная цель в области общественного здравоохранения – «создание социальных условий для хорошего здоровья на равных основаниях», при этом особое внимание должно уделяться оказанию влияния на структурные потребности в медико-санитарных услугах. Цель Комиссии состоит в том, чтобы заложить основу и предоставить инструменты для контроля, установления приоритетов и осуществления мероприятий, влияющих на потребности всех жителей Мальмё в медико-санитарных услугах и сокращающих неравенства в отношении здоровья. Комиссия является независимым органом, деятельность которого должна быть полностью прозрачной. Она должна привлекать организации и жителей города к обмену опытом и участию в анализе и в формулировании стратегий. Важно, чтобы результаты работы Комиссии были доступны и обнародованы как в стране, так и за рубежом – на совещаниях, слушаниях и в лекциях для граждан, коммерческих компаний, групп по интересам и учебных заведений.

Электронное стратегическое руководство (digital governance)

В последнее десятилетие электронное, или цифровое, стратегическое руководство стало предметом широкого обсуждения, а также новой реальностью в общении и взаимодействии между государством и обществом. Все больше и больше местных органов государственного управления пользуются Интернетом для общения с гражданами. Хотя между странами-членами ОЭСР и странами, не входящими в эту организацию, существует разрыв в уровне использования электронных средств в области стратегического руководства, но при сравнении отдельных городов наблюдается интересная смешанная картина: такие города, как Братислава, Любляна и Загреб, ничем не уступают в этом отношении Лондону, Парижу и Токио. Все больше муниципалитетов публикуют результаты оценки показателей функционирования на своих веб-сайтах. Число сайтов, предоставляющих данные от таких систем оценки, к 2007 г. во всем мире удвоилось, что свидетельствует о движении в направлении более открытого совместного осуществления государством и обществом стратегического руководства – движении с опорой на распространение технологий, расширяющих возможности граждан в масштабах, которых общество не знало после изобретения и распространения книгопечатания. Электронное стратегическое руководство также поможет странам, которые в настоящее время пересматривают свои структуры государственного управления в результате серьезных политических сдвигов. Например, прошедший в 2011 г. Саммит информационно-коммуникационных технологий Молдовы, который был организован на основе результатов и опыта проведения аналогичного саммита в 2010 г., собрал заинтересованных партнеров, представ-

ляющих правительство, молдавское деловое сообщество, многонациональные компании и научно-академическую сферу, для обсуждения международных и национальных тенденций и вызовов, с которыми сталкивается данная отрасль. В частности, на этом саммите был разработан план осуществления цифровых преобразований (в том числе в здравоохранении) в Республике Молдова путем полноценной интеграции технологии в общественную и частную жизнь, и была сформулирована программа опережающих действий по укреплению конкурентоспособности национального сектора информационно-коммуникационных технологий.

Прага стала восходящей звездой в области внедрения цифрового городского управления: за период с 2007 по 2009 г. она перешла с 15-го на 2-е место в рейтингах, обогнав даже самый «подключенный» город в мире – Сеул (Республика Корея) – по показателям удобства пользования сайтами и активности граждан. Стремительный прогресс Праги показывает, чего можно добиться при наличии политической воли и преданных своему делу должностных лиц в области информационных технологий и специалистов по государственному управлению (Holzer et al., 2010).

В соответствии с докладом Всемирного экономического форума (World Economic Forum, 2011):

Будущие системы государственного управления должны быть полностью оснащены современной техникой и укомплектованы технически грамотными кадрами. Необходимо перестроить базу и процессы в области политики, законодательства и регулирования таким образом, чтобы они соответствовали динамике мира, объединенного в сети. Информационная инфраструктура должна обеспечивать потребности новых форм и методов сотрудничества, информирования и активного стратегического руководства. Даже в самых бедных регионах благодаря использованию недорогих мобильных и беспроводных технологий появились блестящие примеры инноваций в деятельности различных служб. Системы государственного управления с более ровной структурой, динамичные, модернизированные и технически оснащенные (т. н. системы FAST), имеют больше шансов привлекать и удерживать представителей нового типа гражданских служащих, стремящихся к творческому решению задач, достижению результатов и внедрению инноваций.

Общие ценности

Наибольшие споры при обсуждении нового подхода к стратегическому руководству вызывает вопрос о роли бизнеса. Роль эта в отношении руководства в интересах здоровья оспаривается по многим позициям, и наиболее яркие примеры этого дают «табачные войны» (Brandt, 2007), а в самое последнее время – споры вокруг неправомерного влияния пищевой индустрии (Nestle, 2007). В ходе усилий общества и государства, направленных на преодоление «каверзной проблемы» эпидемий, порождаемых потребительскими товарами и коммуникацией, таких как эпидемия ожирения, регулярно обсуждается социальная ответственность секторов индустрии и бизнеса. С позиций здравоохранения также остаются в центре внимания вопросы безопасности продукции, защиты здоровья потребителей, безопасности условий труда и охраны здоровья работающих. Прогресс в этих направлениях происходит на национальном уровне, а в последнее время и на европейском. Однако ввести в действие международное законодательство о лекарственном обеспечении, ограничивающее продажу вредной про-

дукции и защищающее здоровье потребителей, часто бывает трудно из-за влияния и могущества частного сектора. Тем не менее были и успехи, например Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (ВОЗ, 2003) и Дохинская декларация о соглашении по ТРИПС и общественном здравоохранении (World Trade Organization, 2001).

В 2001 г. государства-члены Всемирной торговой организации приняли министерскую декларацию, в которой были разъяснены имеющиеся разночтения в применении правительствами принципов общественного здравоохранения и в толковании условий Соглашения по аспектам интеллектуальной собственности, связанным с торговлей (Соглашения по ТРИПС). Наряду с признанием важной роли защиты интеллектуальной собственности «для разработки новых лекарственных средств», в Декларации также отмечена справедливая озабоченность по поводу ее влияния на цены. В Дохинской декларации подтверждается, что «Соглашение по ТРИПС не мешает и не должно мешать государствам-членам принимать меры по защите здоровья населения». В этом отношении в Дохинской декларации закрепляются принципы, которые многие годы публично отстаивала и продвигала ВОЗ, а именно: подтверждено право государств-членов Всемирной торговой организации в полной мере использовать положения о гарантиях, содержащиеся в Соглашении по ТРИПС, для защиты здоровья населения и улучшения доступа населения в бедных странах к лекарственным средствам.

На фоне распространения пандемии неинфекционных заболеваний заметен значительный вклад бизнеса в причины этой пандемии, особенно в странах со слабой законодательной базой. Правительства и международные организации испытывают давление со стороны глобализованной индустрии, которое нередко создает угрозу здоровью людей. Например, в 2003 г. Ассоциация сахарной промышленности США, объединяющая более 300 компаний, пригрозила оказать нажим на конгресс США, с тем чтобы он прекратил финансировать ВОЗ, если ВОЗ в своем докладе о рационе и питании (WHO, 2003) не отменит своих рекомендаций в отношении потребления сахара.

В течение последних десятилетий разрыв между интересами бизнеса и общества углубился. Фармацевтическая промышленность и корпорации, выпускающие табачные изделия, спиртные напитки, пищевые продукты и безалкогольные напитки, оказались под огнем критики со стороны потребителей и неправительственных организаций в ходе проводимых ими кампаний в защиту здоровья. Многие из этих корпораций могли бы внести значительный вклад в охрану здоровья и существенно повлиять на детерминанты здоровья, если бы переориентировали свои исходные позиции. Один из лидеров бизнеса заявил: «Компании несут ответственность перед всеми заинтересованными сторонами, включая акционеров и общество, которое делает возможным само их существование». (Murthy, 2011). В последние несколько десятилетий целый ряд компаний начали пересматривать свою ответственность по отношению к неинфекционным заболеваниям и теперь предоставляют поддержку глобальному Альянсу по борьбе с НИЗ и другим инициативам, таким как соглашение между Фондом Клинтона и промышленностью по производству напитков о запрете продажи безалкогольных напитков в школах.

Ведущие компании по производству напитков в США заключили соглашение сроком на 3 года с Альянсом за более здоровое поколение (совместной инициативой Американской ассоциации сердца и Фонда Уильяма Дж. Клинтона) об удалении из школ по всей стране вы-

сококалорийных безалкогольных напитков и замене их менее калорийными напитками, выпускаемыми в меньших по объему порциях. В результате соглашения содержание калорий в напитках, поставляемых школам, снизилось с 2004 г. на 88% (American Beverage Association, 2010).

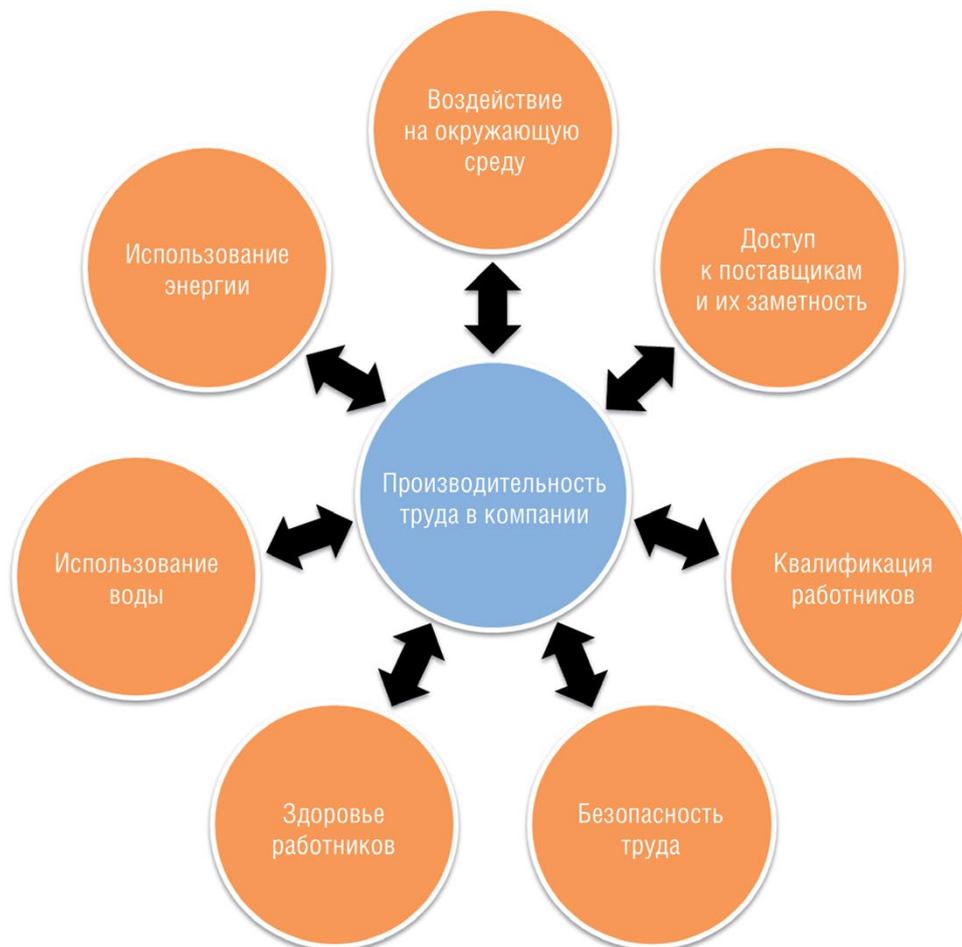
Идея «возврата долга обществу» лежит в основе движения за повышение корпоративной социальной ответственности – одной из форм корпоративного саморегулирования, при которой фирмы осуществляют мониторинг и обеспечивают активное соблюдение духа закона, этических норм и международных стандартов. Движение родилось в контексте устойчивого развития – «в интересах людей, планеты и прибыли», но сегодня более заметное место в нем занимают вопросы здоровья. Одной из составляющих широкой кампании за более активное участие частного сектора, прежде всего через благотворительные пожертвования, является Глобальный договор Организации Объединенных Наций, инициированный в 2000 г. для вовлечения частного сектора в процесс достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия ООН. Мероприятия по повышению социальной ответственности компаний проводятся сегодня повсеместно и включают активную работу на местах, с местными сообществами и другими партнерами, в том числе с государственными органами и общественными организациями. Что касается охраны здоровья на глобальном уровне, сектор бизнеса начал играть значительную роль во многих партнерских структурах, в руководстве такими организациями, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и в содействии поиску решений проблем питания и информационных технологий в русле социального бизнеса. Сегодня участие делового сообщества в охране здоровья не ограничивается обычными партнерами, такими как фармацевтические компании, а охватывает, например, компании горнодобывающей промышленности, поставщиков информационной технологии, компании, производящие пищевые продукты и напитки, и все большее число фондов частного сектора. Как отметил Murthy (2011), «мы идем дальше традиционной филантропии, при которой компании дают только деньги и общие указания, к более глубоким, тщательно организуемым взаимоотношениям, в которых объединяются люди, опыт, знания и идеи».

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

В 2010 г. был создан Глобальный альянс за использование экологичных кухонных плит как партнерство между государственным и частным сектором с целью сберечь жизни людей, улучшить их источники существования, расширить права и возможности женщин и противодействовать изменению климата путем создания активного глобального рынка экологически чистого, эффективного оборудования для приготовления пищи в домашних условиях. Принятая Альянсом цель «100 к 2020» предусматривает, что к 2020 г. для 100 млн семей в мире будут созданы условия для использования экологически чистых, эффективных кухонных плит и видов топлива. Альянс сотрудничает с государственными, частными и некоммерческими партнерами в преодолении рыночных барьеров на пути производства, распространения и использования экологичных кухонных плит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Польза и недостатки корпоративной социальной ответственности продолжают широко дискутироваться, и критическое отношение к ним высказывают не только представители гражданского общества, но и экономисты, которые видят в этом подходе такой образ мыслей, «в котором проблемы общества находятся не в центре, а на периферии» (Porter & Kramer, 2011). Поскольку здравоохранение становится одной из основных экономических движущих сил, связанных с инновациями и ростом в сфере бизнеса (например, роль производителей средств информационной технологии в электронном здравоохранении), могут возникать новые подходы к сопряжению общественных и коммерческих интересов. Это иллюстрируется ситуацией, когда «фирма вкладывает деньги в программу поддержания здоровья. Общество выигрывает, потому что улучшается здоровье работников и членов их семей, а фирма уменьшает число невыходов сотрудников на работу и снижает потери производительности труда». (Porter & Kramer, 2011). На рис. 6 ниже показаны области, в которых эти связи наиболее сильны.

Рисунок 6. Связь между конкурентными преимуществами и социальными вопросами



Источник: Porter & Kramer (2011).

По определению Porter & Kramer (2011), общие ценности – это стратегии и методы работы, повышающие конкурентоспособность компании и одновременно улучшающие экономические и социальные условия в сообществах, в которых эта компания действует. Создание общей ценности сопряжено с выявлением и расширением связей между социальным и экономическим прогрессом.

Эти же авторы высказывают мнение о том, что социальная ответственность компаний, социальный бизнес и социальное предпринимательство – это первые шаги к изменению роли бизнеса в подходе к охране здоровья на основе участия всего общества, совершая которые бизнес выходит за рамки чистой благотворительности. Porter и Kramer (2011) отмечают, что «рынки определяются <...> потребностями общества, а не только обычными экономическими потребностями», и доказывают необходимость принятия бизнесом, системой государственного управления и обществом подхода с позиции общей ценности, при котором решение социальных проблем ведет к повышению производительности труда и росту благополучия населения. Одним из методов оценки и стимулирования принятия подхода с позиции общей ценности может быть использование концепции последствий для здоровья (health footprint), которая с успехом применяется для мотивации предприятий и потребителей к внедрению более рациональной практики в отношении потребления углеводов (Raynaud & Jané-Llopis, в печати). Как и в движении за более экологичные предприятия и потребительские предпочтения, охрана здоровья перестает быть вопросом корпоративной социальной ответственности и превращается в элемент, непосредственно встроенный в стратегии и модели ведения бизнеса.

Меняющийся характер формирования политики

Одной из ключевых проблем в формировании политики в XXI веке является действие в условиях неопределенности. В силу описанных выше процессов характер формирования политики изменился. Эта функция стала более сложной, так как она сопряжена с попытками найти решение каверзных проблем и устранить системные риски, предусмотреть многочисленные возможные сценарии будущего, охватить многие действующие субъекты и заинтересованные стороны и договориться о направлениях действий, исходя из понимания того, что объем фактических данных все время растет и редко бывает окончательным. В качестве примера можно привести связь глобальной продовольственной системы с ростом распространенности ожирения и ее воздействие в долгосрочной перспективе на здоровье и продолжительность жизни, а также на сельское хозяйство и здоровье животных. Эти сложные связи мешают спрогнозировать четкую траекторию развития, не позволяют иметь полное доверие к расчетам риска или определить какое-либо сочетание поведения и технологии как устойчивое. Новые методы прогнозирования указывают на то, что «в будущем коэффициенты смертности и расходы на медико-санитарную помощь могут быть гораздо выше, чем предполагается сегодня» (Reither et al., 2011). После того как с этими новыми расчетами согласятся, они, несомненно, повлияют на объем инвестиций в решение данной проблемы, в данном случае проблемы ожирения.

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

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

Деять необходимых характеристик процесса формирования политики в XXI веке (Government of Northern Ireland, 1999):

1. обращенность в будущее – видение долгосрочной перспективы, основанное на статистических трендах и на подкрепленных данными прогнозах в отношении вероятного эффекта политики;
2. направленность в окружающий мир – учет ситуации в стране, в Европе и на более широкой международной арене, а также эффективная коммуникация положений политики;
3. инновационный и творческий подход – пересмотр устоявшихся методов и поощрение новых идей, открытость для замечаний и предложений;
4. использование фактических данных – привлечение наиболее достоверных и полных имеющихся данных из ряда источников, а также заинтересованных сторон, начиная с ранних стадий процесса;
5. инклюзивность – учет воздействия политики на потребности каждого, кого она затрагивает прямо или косвенно;
6. согласованность – ориентированность на стратегические цели правительства, не ограничиваемая узковедомственными интересами; установление этической и правовой основы политики;

7. наличие механизма оценки – включение в процесс формирования политики систематической оценки первых итогов;
8. наличие механизма пересмотра – проведение постоянных пересмотров принятой политики, чтобы была уверенность в том, что она по-прежнему решает те задачи, для которых она предназначена, с учетом сопутствующих эффектов;
9. способность извлекать уроки из опыта – умение на основании опыта приходиться к заключению о том, что дает эффект, а что оказывается бесполезным.

Для того чтобы полностью понять степень этого сдвига, полезно еще раз повторить, как проходил переход от государственного администрирования к новому публичному управлению, а затем к новой системе стратегического руководства, которая строится на принципе участия всего общества и общегосударственном подходе. Многие из этих преобразований произошли в секторе здравоохранения, который в некоторых странах претерпевает поэтапные управленческие реформы.

В конце XIX века стала развиваться и расти машина государственного администрирования как преобладающая форма стратегического руководства. В системе государственного управления власть распределяется иерархически внутри специализированных подразделений, функции и полномочия которых определяются стабильными, исчерпывающими правилами, а должностные лица в них являются техническими специалистами, назначаемыми на государственную службу все чаще по своим достоинствам, а не по праву рождения или благодаря покровительству со стороны начальства (Weber, 2009; Osborne, 1922).

В период с конца 70-х годов прошлого столетия и до начала XXI века старые национальные и международные бюрократии стали подвергаться критике. Их изображали раздутыми, неэффективными и слишком запоздало реагирующими на новые, сложные, взаимосвязанные вызовы, такие как стагфляция, нефтяной монополизм Организации стран-экспортеров нефти, хроническая бедность и нестабильность в странах с низким и средним уровнем дохода, а также глобальные финансовые кризисы, такие как обвал фондового рынка в 1987 г. Такая же нелестная картина была представлена и на международном уровне, где при росте числа партнерств между государственным и частным секторами и партнерств по разработке новой продукции наблюдалось более тесное сотрудничество между международными организациями и частным сектором – то, что некоторые наблюдатели назвали «многосторонними рыночными отношениями» (Bull & McNeill, 2007). Растущее влияние неолиберальной экономической теории в сочетании с новыми типами социальных проблем стало испытанием для способности государственного администрирования выступать в качестве преобладающего способа руководства и положило начало (особенно в англо-саксонских странах) движению в направлении конкурирующего подхода, который стали обозначать как новое государственное управление (*new public management*).

Реформы по переходу к новому государственному управлению проводились по модели частного сектора: стиль управления в государственных организациях стал менее иерархическим, более четким и более предпринимательским, при котором повышенное внимание уделяется контролю вводимых ресурсов (*input*) и получаемых результатов (*output*), оценке, управлению производительностью и аудиту, а также использованию таких рыночных принци-

пов, как конкуренция и контракты в сфере распределения ресурсов, передача определенных функций государственного управления в ведение более оперативных структур гражданского общества и частного сектора (аутсорсинг) (Hood, 1991). В реформах по внедрению нового государственного управления обычно игнорировались проблемы горизонтальной координации и вытекающая из этого раздробленность усилий, вследствие чего в некоторой степени фактически подрывалась эффективность управления (Christensen & Laegreid, 2007).

Новое стратегическое руководство, общегосударственный подход и принцип участия всего общества

Если в новом государственном управлении во главу угла поставлены реформы в организациях государственного сектора и повышение эффективности их работы за счет применения рыночных механизмов, то новое стратегическое руководство (*new governance*) основывается на изменяющихся условиях практики государственного администрирования и наступающих в результате изменениях в отношениях между сферами полномочий, между секторами и с третьими сторонами (Frederickson, 2005; Klijn, 2005). Оба описанных ниже подхода – общегосударственный и принцип участия всего общества – включают в себя руководство с участием многих заинтересованных сторон на нескольких уровнях. Они требуют, чтобы системы государственного управления принимали на себя разнообразные роли: роль «главнокомандующего», устанавливающего обязательные регламенты, которые определяют границы и правила для потребителей и всех заинтересованных сторон; роль поставщика общественных благ и услуг; роль распорядителя государственных ресурсов; роль партнера по совместным мероприятиям с другими системами управления, компаниями и организациями гражданского общества (Dubé et al., 2009).

Общегосударственный подход

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

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

Общегосударственный подход часто считают наиболее подходящим способом решения каверзных проблем силами органов государственного управления. Работа проводится на нескольких уровнях, охватывает мероприятия и действующие структуры местного и глобального масштаба, и в нее все больше вовлекаются группы, не входящие в систему государственного управления. Такой подход стал особенно уместным при выработке и принятии государственной политики в области здравоохранения. Он требует, чтобы все действующие субъекты рассматривали улучшение здоровья и благополучия населения как цель всего общества, для достижения которой нужны совместные действия.

В Южной Австралии главным государственным ведомством, дающим премьер-министру и министрам профессиональные консультации по вопросам политики, помогающим кабинету министров, указывающим всей государственной службе общий курс и выполняющим функции ее лидера является Департамент премьера и кабинета. Департамент осуществляет надзор за реализацией стратегического плана Южной Австралии, несет общую ответственность за связи между правительствами федерального центра и штата и возглавляет инициативы правительства в целом ряде служб, услугами которых пользуются как другие государственные ведомства, так и общество. Решающее значение для внедрения общегосударственного подхода к охране здоровья и благополучия имела интеграция принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях, известного как «анализ через призму здоровья», непосредственно в стратегический план Южной Австралии.

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

Общегосударственный подход часто используется для компенсации субъективно воспринимаемых дефектов командно-административного управления со стороны центра путем внедрения новой организационной структуры и реорганизации для решения какой-либо приоритетной задачи или достижения общих целей. Для этого подхода требуются доверие, приверженность общим этическим принципам, атмосфера сплоченности и новые навыки.

Он требует много времени и ресурсов, но может быть особенно пригоден для решения сложных стратегических вопросов. Для его реализации нужна полная поддержка со стороны всей системы и руководителей высшего уровня. Conklin (2006) определил этот подход как выработку общего понимания проблемы и общей приверженности ее возможному решению. Для общегосударственного подхода характерно наличие центральных стратегических подразделений, например в администрации премьер-министра, которые иногда создаются специально для решения конкретных приоритетных задач. К ним также относятся комиссии кабинета министров, межминистерские или межведомственные подразделения, межправительственные советы, специальные рабочие группы, назначение ведомств в качестве головных, межсекторальные программы и проекты и так называемые «цари» (czars) в администрации США, которые отвечают за надзор за стратегиями и убеждение ведомств в необходимости работать вместе. Эти назначаемые чиновники действуют почти во всех областях государственной политики США; в области здравоохранения важную роль играют «цари» по борьбе со СПИДом и по борьбе с наркотиками. Одним из аспектов является поиск путей более прагматичного и разумного сотрудничества вместо создания новых формальных структур. Такой подход также называют «сетевым руководством» (network governance) (Christensen & Laegard, 2007).

Общегосударственный подход включает в себя комплексное стратегическое руководство на нескольких уровнях – ведение работы на национальном, территориальном и местном уровнях государственного управления. Во многих странах ответственность за общественное здравоохранение, оказание медико-санитарной помощи и целый ряд детерминант здоровья передана на территориальный и местный уровни. Многоуровневое стратегическое руководство согласуется с идеей о том, что руководство возникает из взаимодействий между целым рядом государственных и негосударственных субъектов, действующих на разных административных, географических и организационных уровнях и имеющих разные формы и масштабы властных полномочий (Hooghe & Marks, 2003). Многоуровневое стратегическое руководство, которое часто связано с глобальным и региональным руководством, предполагает взаимодействие по горизонтали и по вертикали между местными, национальными, региональными и глобальными политическими аренами. Важная роль в нем отводится местным органам власти как лидерам в новых подходах к стратегическому руководству в интересах здоровья.

В Европейском регионе действует целый ряд специализированных учреждений ЕС, таких как Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Европейское агентство по безопасности и гигиене труда и Европейское управление безопасности пищевых продуктов, которые соединяют интересы Евросоюза, его государств-членов и, в конечном счете, граждан.

Привлекли к себе внимание новые формы сотрудничества в глобальном стратегическом руководстве. Значительно возросло число организаций, участвующих в решении вопросов глобального здравоохранения. Одним из главных катализаторов рассредоточения стратегического руководства стало движение за легитимное (с участием людей, живущих с ВИЧ) и эффективное глобальное стратегическое руководство с целью прекращения распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Для координации мер в ответ на этот глобальный вызов с участием гражданского общества была учреждена программа ЮНЭЙДС. Такими учреждениями, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянс ГАВИ, были созданы новые структуры руководства с участием многих заинтересованных сторон.

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

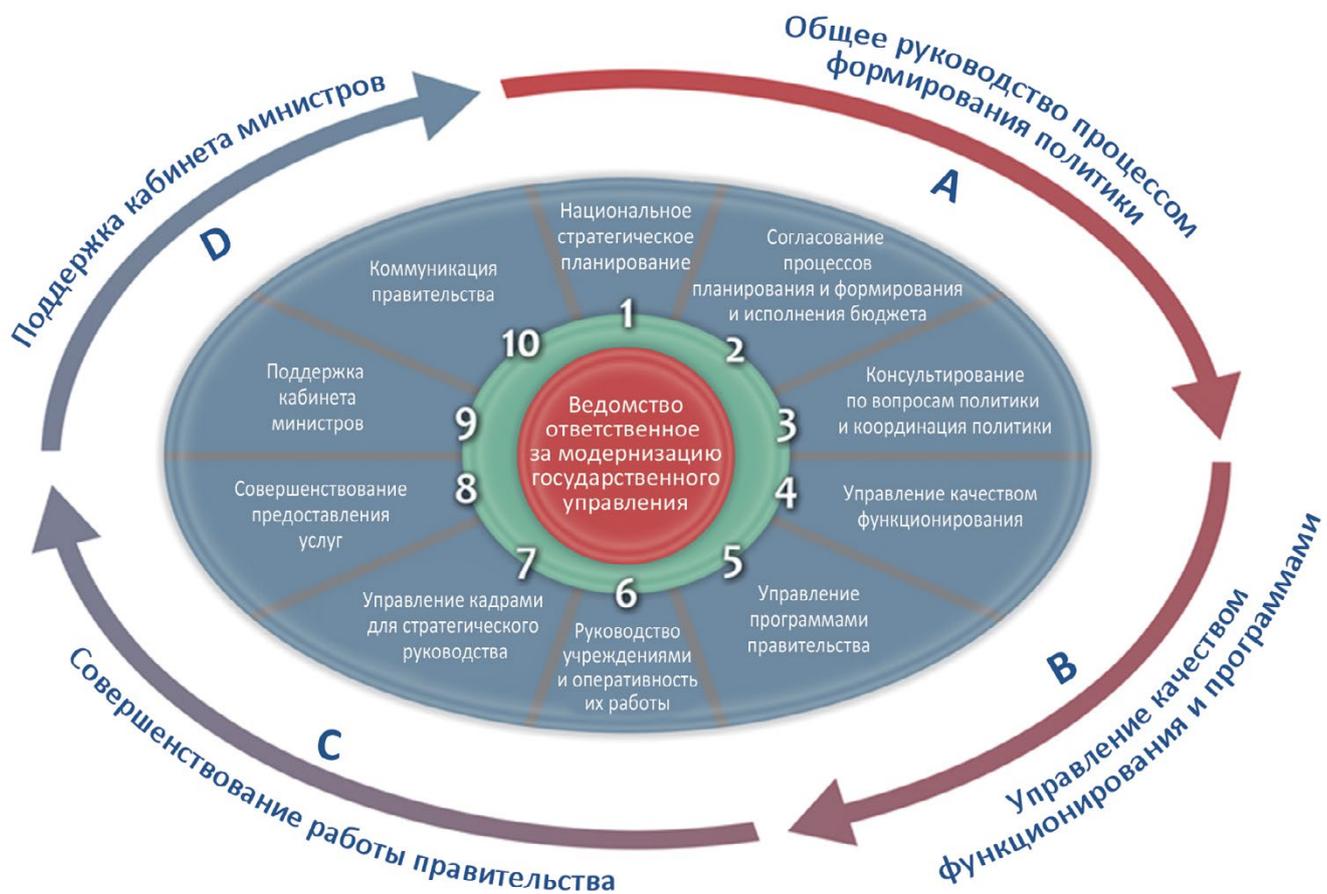
Общегосударственный подход не только способствует совершенствованию координации и интеграции, но и ориентирует их на достижение целей всего общества, выразителем которых является государство. Примером общегосударственного подхода к приоритизации стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия является принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, который отражает оба вектора участия других секторов, помимо здравоохранения: воздействие других секторов на здоровье и воздействие здоровья на другие секторы. Аналитическое исследование *Crossing sectors* («На пересечении секторов»), выполненное Агентством общественного здравоохранения Канады (Public Health Agency of Canada et al., 2007), подтвердило, что баланс, по-видимому, смещается от межсекторальных действий в интересах здоровья в сторону межсекторальных действий в интересах достижения общих социальных целей.

Основываясь на успехе стратегий модернизации государственного управления в Канаде, Новой Зеландии и Сингапуре, федеральное правительство Объединенных Арабских Эмиратов разработало целостный подход к достижению более гибкого, обращенного в будущее коллективного государственного управления. Успех этого подхода достигнут благодаря ведомству, находящемуся в центре системы государственного управления, которое продвигает и возглавляет процесс модернизации и получает свои полномочия непосредственно от руководителей страны. На ведомство возложены четыре задачи: поддержка и организация формирования политики в целом через разработку национальных стратегий, обеспечение подотчетности и надлежащего осуществления руководства путем управления качеством функционирования и координации программ, охватывающих все секторы; обеспечение гибкости и постоянного совершенствования работы правительства посредством повышения организационной оперативности и безупречной работы всех служб и поддержка кабинета в принятии решений и коммуникации с заинтересованными сторонами. Эти функции и связанные с ними виды деятельности показаны на рис. 7 (World Economic Forum, 2011).

Принцип участия всего общества

Принцип участия всего общества добавляет еще один уровень сложности к рассредоточению руководства. Обычно для решения каверзных проблем требуется нечто большее, чем общегосударственный подход: решения требуют вовлечения многих заинтересованных сторон со стороны общества, в частности самих граждан. Поэтому для осуществления деятельности по достижению общих социальных целей создается все больше платформ и альянсов. Цель принципа участия всего общества заключается в расширении общегосударственного подхода за счет усиления роли частного сектора и гражданского общества, а также широкого круга деятелей, принимающих политические решения, таких как депутаты парламента. Сети по выработке и реализации политики, возникшие в системе государственного управ-

Рисунок 7. Модернизация государственного управления



Источник: адаптировано из World Economic Forum (2011).

ления, все чаще выходят за рамки этой системы и включают других действующих субъектов в обществе, особенно для рассмотрения таких каверзных проблем, как ожирение (Dubé et al., 2009) и готовность к пандемиям (WHO, 2009).

На основании рекомендаций ВОЗ о том, как внедрять подход к обеспечению готовности к пандемиям на основе участия всего общества, правительствам рекомендуются следующие действия:

- Учредить правительственный комитет или специальную рабочую группу для координации мероприятий.
- Организовать форум, в работе которого участвовали бы гражданское общество и частный сектор.

- Назначить одно ведомство или министерство для координации участия учреждений и организаций из различных секторов.
- Интегрировать планы работы по конкретным вопросам с общенациональными процессами управления, планами и комитетами.
- Установить четкие правовые и этические рамки для реализации политики.
- Составить планы работы по конкретным вопросам, в которых были бы отражены порядок субординации, требуемые кадровые, материальные и финансовые ресурсы и их источники.
- Установить локализации, структуры и стандартные операционные процедуры.
- Согласовать планы работы по конкретным вопросам с аналогичными планами в соседних странах.
- Стимулировать участие частного сектора.
- Обеспечить открытую публикацию планов в целях информирования населения и достижения трансграничной согласованности.
- Выяснить (на совещаниях или семинарах) различные аспекты планов соседних стран, имеющие региональное или трансграничное значение.
- Выявить социальные группы, которые могут оказаться наиболее уязвимыми и пострадать больше всех и принять меры по их защите.
- Определить, какие учреждения и организации будут оказывать услуги, наиболее подходящие для каждой уязвимой группы населения в каждой целевой локализации.
- Установить уровни государственного управления (национальный, региональный, местный, муниципальный), отвечающие за конкретные мероприятия.
- Консультировать местные органы власти по вопросам планирования и проводить обучение сотрудников для практического распространения рекомендаций на всех уровнях.
- Вовлекать национальные и международные организации и назначить координационный орган.
- Проводить не реже одного раза в год тренировки, занятия и учения для проверки надежности принятого плана, выявления пробелов и пересмотра плана в соответствии с результатами проверки.
- Привлекать к участию в имитационных тренировках частный сектор, гражданское общество и международные организации.
- Оценивать приобретенные уроки из опыта.

Принцип участия всего общества подразумевает появление нового, более высокого потенциала общения и сотрудничества в сложных условиях повсеместного распространения сетей и показывает важную роль средств массовой информации и новых форм коммуникации. Каждая сторона должна вкладывать в стратегию свои ресурсы, опыт и знания. Благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, местных сообществ и отдельных граждан, принцип участия всего общества повышает устойчивость сообществ по отношению к угрозам здоровью, безопасности и благополучию. Как было отмечено Raquet (2001), «сотрудничество – это новый безоговорочный императив». Принцип участия всего общества

распространяется за пределы общественных институтов: он оказывает мобилизующее влияние на местную и глобальную культуру и средства массовой информации, сельские и городские сообщества и все стратегически важные для здравоохранения секторы политики, такие как образование, транспорт, охрана окружающей среды и даже градостроительство, что иллюстрируется на примере проблемы ожирения и глобальной продовольственной системы.

Так, в 1987 г. группа врачей-реаниматологов в Новой Зеландии решила включиться в работу по предупреждению дорожно-транспортного травматизма. Главное место в этой работе занимало изменение представлений людей о дорожно-транспортном травматизме, а для этого нужно было отвергнуть понятие «несчастный случай». Информационная кампания стала успешной акцией лоббирования, основанной на искусном использовании СМИ, которые для повышения осведомленности граждан освещали каждую автокатастрофу и каждый случай смерти – оперативно сообщали о них и, не щадя чувств аудитории, приводили все детали, поименно называя жертвы и используя новейшие способы подачи информации, которой они владели сполна. Во всех средствах массовой информации всячески подчеркивался термин «дорожно-транспортное происшествие» (crash), который используется в официальных заключениях о случаях смерти на дороге и применение которого одобрило Министерство здравоохранения. В электронных и печатных СМИ, среди политиков и общественности стали активно обсуждать вопрос об устройстве разделительных барьеров на проезжей части. В июле 1988 г. в парламент страны была представлена соответствующая петиция от города Окленд, которую подписали 16 000 жителей. Нажим на Министерство транспорта усиливался, и поэтому премьер-министр объявил о новой политике, в соответствии с которой «все новые автомагистрали будут проектироваться с разделительным барьером вдоль центральной оси, а все старые автомагистрали будут реконструированы». К 1992 г. работы по установке барьеров в Окленде были завершены (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004).

Принцип участия всего общества – это форма коллективного стратегического руководства, при которой особое внимание уделяется координации деятельности путем использования нормативных ценностей и укрепления взаимного доверия среди разнообразных действующих субъектов общества. Такой подход обычно подразумевает использование инструментов управления, которые имеют менее предписывающий характер, менее ориентированы на единообразие методов, с меньшей степенью централизации и иерархичности. Хорошей основой для его реализации является наличие общих стратегических целей и тактических задач, как, например, в стратегии США «Здоровый народ – 2020» (Davis, 1998; Federal Interagency Workgroup, 2010; US Department of Health & Human Services, 2010). Аналогичную основу имеют под собой многие стратегии ЕС, поскольку их принятию предшествует процесс широких консультаций, в котором обычно участвуют все заинтересованные стороны, как государственные, так и частные, хотя и с разным уровнем влияния.

Стратегия «Здоровый народ – 2020», принятая в США, отражает мнения и предложения разнородной группы людей и организаций. Замысел стратегии, ее предназначение и всеобъемлющие цели служат основой, на которой построена структура и методика решения поставленных задач. Эти задачи носят обобщенный характер, однако в них указаны конкретные и важные области, в которых должны быть предприняты меры для того, чтобы к 2020 г. до-

биться улучшения показателей здоровья страны. Основа проекта, разработанная под руководством федеральной межведомственной рабочей группы, базируется на тесном и всестороннем сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социальных служб и другими федеральными ведомствами, заинтересованными представителями общественности и консультативным комитетом.

На уровне ЕС политика все больше приобретает следующие признаки (Greer & Vanhercke, 2010):

...совещательный консенсус часто считается временным; многоуровневое руководство – соединение разных уровней государственного управления, важный смысл которого состоит в том, что государственное управление не имеет выраженной иерархической структуры или вообще не имеет никакой иерархии; отход от представительной демократии, когда подотчетность определяется с точки зрения прозрачности и коллегиального критического анализа; сочетание общих рамочных целей, устанавливаемых на более высоких уровнях руководства, и значительной автономии у структур и субъектов более низкого уровня, позволяющей им модифицировать цели в свете приобретаемого опыта; выстраивание политики на основе отчетности о достигнутых результатах и участия в проведении коллегиальных оценок, при которых полученные результаты сравниваются с результатами, достигнутыми теми, кто использует другие средства для достижения тех же общих целей.

В контексте подходов на основе участия всего общества часто используются синонимичные термины «стратегическое руководство с участием многих заинтересованных сторон» (multistakeholder governance) и «делегированное руководство» (devolved governance). При этом к заинтересованным сторонам обычно относят государство, частный сектор, неправительственные организации и другие структуры гражданского общества, такие как гражданские фонды (Burger & Mayer, 2003). Эта концепция стала использоваться в дебатах по общественному здравоохранению, в частности в контексте повышения эффективности в решении задач (руководство, ориентированное на получение конкретных результатов – results-based governance) и вопросов легитимности. Но если участие гражданского общества теперь является признанной характеристикой многих процессов стратегического руководства, то возможность участия частного сектора по-прежнему оспаривается, особенно в плане легитимности.

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

3.

Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

На протяжении десятилетий представители сектора здравоохранения доказывают, что здоровье людей зависит от стратегий и процессов, находящихся за пределами данного сектора, и история большинства крупных достижений в области охраны здоровья подтверждает эту точку зрения. Требуемый подход к здоровью определяется различными категориями – такими, как межсекторальные действия в интересах здоровья, государственная политика с учетом интересов здоровья, а в последнее время такими, как учет интересов здоровья во всех стратегиях, коллективное стратегическое руководство в интересах здоровья и стратегическое руководство в отношении детерминант здоровья. Опираясь на аргументы, приведенные в первых двух главах настоящего исследования относительно динамики нового стратегического руководства и меняющегося характера процесса выработки политики, мы исходили из понимания стратегического руководства как процесса и системы отношений.

В докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2008) вновь описываются многочисленные социальные детерминанты, составляющие «причины причин» хорошего или плохого здоровья, а также многочисленные области принятия социальных и политических мер, необходимых для достижения более справедливого распределения показателей здоровья. Доклад в значительной мере способствовал тому, что вопросы социальной справедливости заняли наиболее приоритетное место в межсекторальных дебатах. Тем не менее тот факт, что во многих странах не было достигнуто реального и устойчивого участия в решении вопросов здоровья и социальной справедливости других действующих субъектов, помимо сектора здравоохранения, означает, что для дальнейшего прогресса необходимо более ясное понимание сути охраны здоровья и стратегического руководства. Для этого потребуются признание всеми сторонами наличия системных рисков и каверзных проблем, а также совместная работа на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, с осознанием необходимости сближения позиций для достижения лучших результатов.

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

Три волны в истории горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья¹

Первая волна: межсекторальные действия и первичная медико-санитарная помощь

Межсекторальные действия в поддержку здоровья – это усилия сектора здравоохранения, направленные на развитие сотрудничества с другими секторами общества в целях улучшения показателей здоровья населения.

В Алма-Атинской декларации (ВОЗ, 1978) участники Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи заявили, что в конце XX века созрела необходимость заново определить и усилить роль государства в здравоохранении во всех странах, как развивающихся, так и развитых, и что ключом к улучшению здоровья населения являются межсекторальные действия. В Декларации прозвучал призыв к созданию всесторонней стратегии охраны здоровья, которая не только обеспечивает услуги здравоохранения, но и воздействует на глубинные социальные, экономические и политические причины плохого здоровья.

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

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

В соответствии с Аделаидскими рекомендациями по здоровой государственной политике (WHO, 1988) «государственная политика, учитывающая интересы здоровья, характеризуется твердо выраженной заботой о здоровье и социальной справедливости во всех областях политики, а также ответственностью за последствия принимаемых мер для здоровья людей».

В 1980-х годах призыв к вовлечению других секторов в дело охраны здоровья с новой силой прозвучал благодаря движению за укрепление здоровья. В Оттавской хартии по укреплению здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986) в качестве одной из пяти областей деятельности по укреплению здоровья было названо проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья (остальные четыре области – создание благоприятной среды, поддержка действий на уровне местных сообществ, развитие личностных навыков и «ереориентация услуг здравоохранения»). Для достижения полной эффективности государственная политика, в которой учитываются интересы здоровья, должна проводиться согласованно и совместно с четырьмя другими стратегиями, предложенными в Хартии.

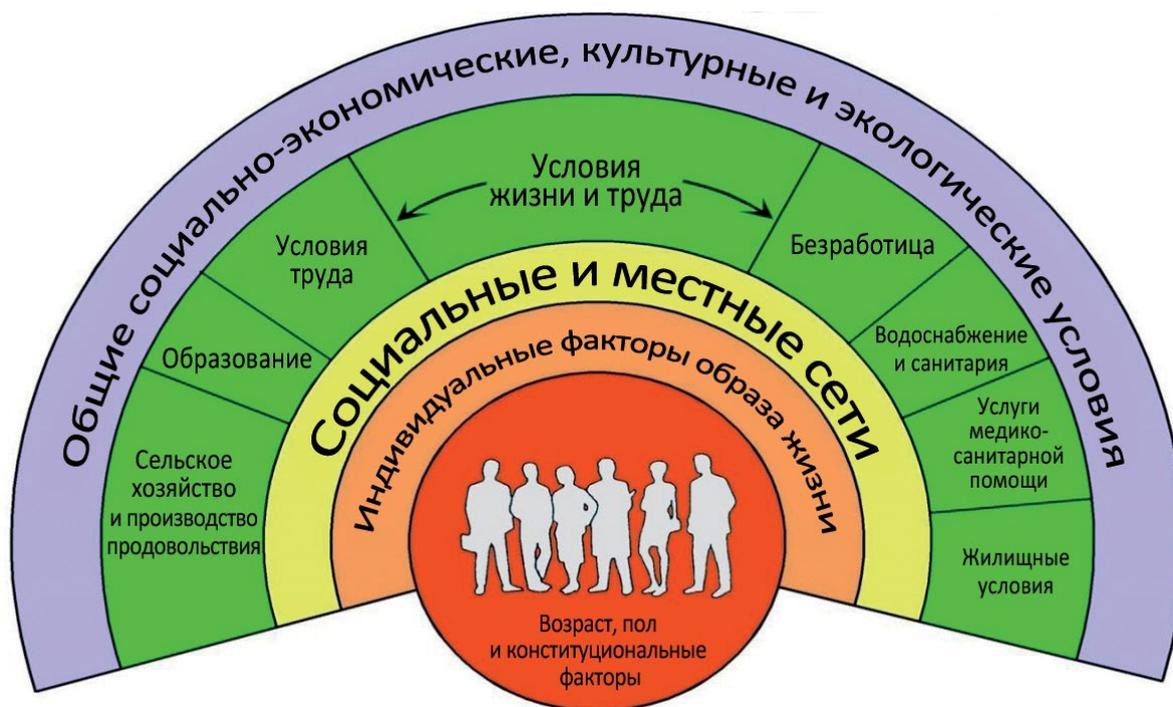
В Оттавской хартии недвусмысленно заявлено, что здоровье людей создается в условиях их повседневной жизни – там, где они живут, любят, работают и отдыхают. Хартия расширила концепцию детерминант здоровья, включив в нее проблемы окружающей среды и расширение прав и возможностей людей. Хотя в центре представленной в Хартии концепции стратегического руководства все еще оставалось государство и стратегии государственного сектора, она сделала стратегическое мышление более открытым для новых типов партнерств и подходов. Повышенное внимание к новым проблемам здравоохранения, связанным с образом жизни и окружающей средой, вызвало необходимость регулирования и в других секторах, помимо сектора здравоохранения (на национальном и международном уровне), а акцент на создание благоприятствующей здоровью окружающей среды привел к появлению концепции достижения общей цели охраны здоровья через применение подходов, ориентированных на конкретные условия пребывания людей (settings), таких как Европейский проект ВОЗ «Здоровые города», проекты «Школы, способствующие укреплению здоровья» и «Здоровые рабочие места». Подход, основанный на укреплении здоровья, охватывает области сопряжения между разными уровнями стратегического руководства, заинтересованными партнерами и организациями в других секторах. Специалистам по укреплению здоровья была отведена скорее роль посредников, а не прямых исполнителей.

На Второй международной конференции по укреплению здоровья, которая состоялась в Аделаиде (Австралия) в 1988 г., затрагивались некоторые вопросы политики (такие как охрана здоровья женщин, пищевые продукты и питание, табак, алкоголь и создание благоприятных условий для здоровой жизни), требующие согласованных действий всех государственных отраслей. В Аделаидских рекомендациях (WHO, 1988) содержался призыв к правительствам стран принять меры воздействия на факторы, лежащие в основе здорового общества, которые сейчас обозначают как «причины причин». В них особо была отмечена важность социальной справедливости как одной из детерминант здоровья, а также была введена концепция ответственности за последствия для здоровья (ВОЗ, 1997). Такое мышление привело к использованию при формировании политики результатов оценки воздействия на здоровье (health impact assessment).

Идеи укрепления здоровья и государственной политики, учитывающей интересы здоровья, повлекли за собой множество инноваций в сфере стратегического руководства. В рамках подхода, ориентированного на конкретные условия пребывания, для решения задач укрепления здоровья была вновь введена концепция места (локализации) как одна из ключевых категорий в государственной политике здравоохранения. Инициативы, подобные Европейскому

проекту ВОЗ «Здоровые города», вновь напомнили о важности действий на местном уровне и о связях между городским планированием, зонированием, зелеными зонами, жильем, транспортом, социальной сплоченностью в городских микрорайонах и здоровьем. В подходах, ориентированных на условия пребывания и на создание сетей, укрепление здоровья и государственная политика, учитывающая интересы здоровья, реализуются скорее в соответствии с моделью поэтапного поступательного развития, нежели чем в виде четко спланированной рациональной стратегии; в этой инновационной социальной модели сектор здравоохранения играет роль заинтересованного посредника. По сравнению с первой волной межсекторальных действий во второй волне в большей степени признается, что в процессе выработки комплексной политики необходимо принимать во внимание интересы, ценности и устоявшиеся позиции учреждений, а также личные амбиции. Спустя два десятилетия ориентации на изменение индивидуального поведения итоги деятельности в области укрепления здоровья (равно как и в других сферах политики, таких как охрана окружающей среды) показали, что решение проблем должно начинаться на уровне причин и что необходимы объединенные действия по выработке и реализации политики (рис. 8). Эта деятельность выявила необходимость ответственности других секторов за охрану здоровья и способствовала более широкому распространению оценок воздействия на здоровье.

Рисунок 8. Детерминанты здоровья населения



Источник: Dahlgren & Whitehead (2006).

Сегодня термины «межсекторальные действия» и «государственная политика, учитывающая интересы здоровья» часто используются без учета различий между ними, хотя межсекторальные меры могут не включать компонент политики, а государственная политика, учитывающая интересы здоровья, не обязательно требует межсекторальных действий. Тот или иной отдельно взятый сектор, например сектор финансов или образования, вполне может осуществлять стратегии, оказывающие существенное влияние на здоровье, даже если таких намерений у него не было, и без участия сектора здравоохранения. Повышение налогов на алкоголь, табак или безалкогольные напитки может оказывать воздействие на здоровье, даже если эта мера была осуществлена исключительно по финансовым соображениям.

Третья волна: учет интересов здоровья во всех стратегиях

Согласно Ståhl et al. (2006):

Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях предполагает, что при планировании стратегий, принятии решений о выборе одного из различных вариантов и разработке путей реализации данных стратегий во всех секторах учитывается их воздействие на здоровье через детерминанты здоровья. При применении этого принципа рассматривается также влияние уже действующих стратегий. Конечной целью этого подхода является совершенствование процесса выработки политики на основе фактических данных путем разъяснения связей между стратегиями и вмешательствами, детерминантами здоровья и конечными результатами для здоровья.

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

В 1972 г. Экономический совет при правительстве Финляндии включил в круг рассматриваемых им вопросов охрану здоровья, и приоритетами государственной политики страны стали достижение оптимальных показателей здоровья населения и их справедливое распределение. Начиная с 1970-х годов Финляндия постоянно применяет различные горизонтальные, межведомственные подходы в области здравоохранения, особенно при осуществлении мер реагирования на рост распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. В 1986 г. страна приняла национальную программу здравоохранения, в основу которой легли меж-

секторальные действия; эта программа была использована в Оттавской хартии по укреплению здоровья в качестве образца государственной политики, в которой учитываются интересы здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986). Национальная политика сразу же начала осуществляться, в частности, в таких областях, как сельское хозяйство и торговля; одним из ключевых ее аспектов стало сокращение сельскохозяйственных субсидий на продукты с высоким содержанием жира, такие как молоко, и поддержка отечественного производства ягод и овощей. Используя свой опыт, в 1999 г. Финляндия, председательствовавшая в Европейском союзе, внесла проект резолюции о включении мер защиты здоровья во все стратегии. В результате в ЕС был принят целый ряд мер, из которых одной из самых важных стало начало в 2000 г. проведения оценок всех стратегий ЕС отдельно по каждому сектору на предмет их воздействия на здоровье.

Воспользовавшись своим опытом в сфере горизонтального стратегического руководства в интересах здоровья, Финляндия сделала принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях одной из основных тем своего председательства в ЕС в 2006 г. В конце председательства Финляндии Совет Европейского союза принял заключение (Council of the European Union, 2006), в котором странам ЕС предлагалось:

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

Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях несомненно возник в результате первых двух волн в развитии стратегического руководства – коллективных подходов к первичной медико-санитарной помощи и укреплению здоровья – предполагающих широкое сотрудничество, и при его реализации используются их сильные стороны и принимаются меры к тому, чтобы не повторять их недостатков. Учет интересов здоровья во всех стратегиях – это инновация в стратегическом руководстве, появившаяся как реакция на ту критически важную роль, которую играет здоровье в экономике и социальной жизни общества в XXI веке, и выводящая стратегическое руководство за рамки межсекторальных действий и государственной политики, учитывающей интересы здоровья, хотя эти термины порой по-прежнему используются как синонимы. Учет интересов здоровья во всех стратегиях представляет собой сетевой подход к процессу выработки политики во всех звеньях государственного управления (то есть общегосударственный подход с акцентом на охрану здоровья), основанный на признании различных интересов, существующих на политической арене, и важности установления рабочих взаимоотношений между руководящими структурами, отвечающими за разработку и проведение политики, для достижения желаемых результатов.

В докладе Австралийского консультативного комитета по вопросам управления (Australian Management Advisory Committee, 2004) констатируется:

Общегосударственный подход означает деятельность учреждений во всех государственных службах с выходом за рамки их непосредственного круга ведения, направленную на достижение общей цели, а также интегрированные действия всей системы государственного управления по решению конкретных проблем. Подход может носить как формальный, так и неформальный характер. Он может быть сосредоточен на таких вопросах, как выработка политики, управление программами и предоставление услуг.

Данный подход нашел свое отражение в Аделаидском заявлении об учете интересов здоровья во всех направлениях политики (ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия, 2010), где говорилось, что для дальнейшего развития человеческого потенциала, устойчивости и справедливости, а также для улучшения показателей здоровья населения необходим новый общественный договор между секторами. Для этого требуется новая форма стратегического руководства, предусматривающая объ единенное лидерство внутри системы государственного управления, во всех секторах и между уровнями. Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия требует одновременного применения общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, чтобы воздействовать на причины причин и решать каверзные проблемы в области здравоохранения, такие как ожирение и нарушения психического здоровья. Вопросы охраны здоровья должны обсуждаться с другими заинтересованными сторонами, при этом здравоохранение не всегда будет выступать в роли лидера. Сектор здравоохранения должен считаться «одним из многих участников межсекторального процесса, объединенных сетью, в которой используются новые типы лидерства, навыков, сведений и аналитической информации» (WHO, 1997a).

В условиях перехода к обществу знаний, где власть и аналитическая информация рассредоточены по всему обществу, все более важным становится рациональное вовлечение частного сектора и гражданского общества в выработку и реализацию политики. Тем не менее функции государства должны оставаться прочными и четкими, особенно в тех ситуациях, когда имеется несправедливое распределение. При более скоординированном, интегрированном и эффективном общегосударственном подходе государство имеет больше средств для руководства обществом и сотрудничества с ним и для укрепления надлежащего руководства в интересах здоровья, повышения уровня благополучия и обеспечения социальной справедливости.

Министерства здравоохранения: современная концепция, формирование которой еще не завершено

Сектор здравоохранения претерпел изменения, аналогичные тем, которым подверглось стратегическое руководство; здоровье и благополучие вполне заслужили свое место среди областей политики, которые перечислены в описании, данном ОЭСР (OECD, 2001). Функционально отдельные министерства здравоохранения – это относительно новое явление. В середине XIX в. во многих городах существовали управления общественного здравоохра-

нения, обладающие широкими полномочиями. Например, Совет здравоохранения Нью-Йорка в 1849 г. обладал данной законом властью «осуществлять или заставлять осуществлять любые меры, которые, по его мнению, могут быть необходимы для сохранения здоровья населения города» (Rosenberg, 1962).

Национальные министерства здравоохранения возникли позже. В Германии, например, Федеральное министерство здравоохранения как отдельная структура было создано лишь в 1961 г.; оно затем прошло через целый ряд преобразований, и в его обязанности вошли также дела молодежи, семьи и женщин, и только в 1991 г. оно вновь стало отдельным министерством. В 2002 г. на него была возложена ответственность за социальные вопросы, а в 2005 г. его портфель вновь был ограничен охраной здоровья. Во Франции круг ведения министерств еще более подвижен и зависит от того, как распределит функции премьер-министр. Созданное в 1921 г. французское Министерство здравоохранения было расширено с включением таких сфер ответственности, как труд, пенсии, семья, пожилые люди и инвалиды. В настоящее время оно также отвечает за спорт и дела женщин. В Швеции портфель нынешнего Министерства здравоохранения и социальных вопросов включает социальные услуги и социальную безопасность, вопросы здоровья, медицины и общественного здравоохранения, права детей, пожилых и людей с ограниченными возможностями. В министерстве четыре министра: один отвечает за здравоохранение и социальные вопросы, второй – за государственное администрирование и жилищные вопросы, третий – за социальную безопасность и четвертый – за детей и пожилых.

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

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

В XX веке главной функцией министерств здравоохранения была организация медико-санитарной помощи, что становилось все более сложной задачей как с финансовой, так и с организационной точки зрения. Общественному здравоохранению часто не уделяли необходимого внимания, и лишь несколько министерств здравоохранения систематически осу-

ществляли на практике принцип учета интересов здоровья во всех направлениях политики. Несмотря на эпидемиологический сдвиг в сторону неинфекционных заболеваний, основной упор по-прежнему делался на лечебные вмешательства, а не на укрепление здоровья и профилактику. В большинстве стран уделялось мало внимания стратегиям других секторов, несмотря на то, что о межсекторальном сотрудничестве говорилось во многих документах, посвященных политике здравоохранения, и в задачах стратегии «Здоровье для всех», принятых Европейским региональным бюро ВОЗ в 1984 г.

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

4.

Надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

Что такое надлежащее стратегическое руководство?

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

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

Крупные доноры и международные финансовые институты все чаще выдвигают в качестве условия для предоставления помощи и займов проведение реформ по обеспечению надлежащего стратегического руководства; аналогичные стандарты применяются и при вступлении в ЕС. По определению Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), надлежащее руководство характеризуется подотчетностью, прозрачностью, отзывчивостью, справедливостью и инклюзивностью, эффективностью, участием всех заинтересованных сторон, ориентированностью на достижение консенсуса и главенством закона (рис. 9). В работе Fidler & Szabó (в печати) приведена дополнительная информация о критериях надлежащего стратегического руководства здравоохранением и анализ стратегического руководства в интересах здоровья и стратегического руководства здравоохранением в странах Центральной и Восточной Европы.

ОЭСР (OECD, 2012) применяет похожий, хотя и более широкий подход, определяя надлежащее и эффективное стратегическое руководство в государственной сфере следующим образом: «[Оно] способствует укреплению демократии и прав человека, содействует экономическому процветанию и социальной сплоченности, сокращению бедности, улучшению охраны окружающей среды и повышению устойчивости в использовании природных ресурсов, а также укреплению доверия к правительству и органам государственного управления». Таким образом, надлежащее стратегическое руководство – это сплав руково-

Рисунок 9. Надлежащее стратегическое руководство



Источник: UNDP (1997).

дящих принципов, которые выходят за рамки каких-либо конкретных стратегий, секторов и действующих субъектов. В этом отношении надлежащее стратегическое руководство лучше рассматривать как процесс, а не как конечную цель, и как динамичное, а не статичное, положение дел. Надлежащее стратегическое руководство можно назвать идеалом; применение принципов надлежащего стратегического руководства без правильного понимания контекста в его развитии часто считается неразумным. В то время как в более широком контексте Организации Объединенных Наций понятие надлежащего стратегического руководства (благого управления) часто сводится лишь к борьбе с коррупцией, мы рассматриваем его как необходимую и нужную с точки зрения мышления концепцию. С ее помощью каждая система здравоохранения может анализировать прогресс на пути к надлежащему стратегическому руководству, используя для этого все восемь аспектов определения, данного

ПРООН. В данной публикации приведены примеры различных инструментов и механизмов, позволяющих сделать это, такие как электронное руководство, которое и повышает прозрачность процесса, и расширяет круг его участников. Иногда термин «надлежащее стратегическое руководство» используется как синоним концепции этического руководства, однако надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия людей обладает двумя более широкими характеристиками – это связь между ценностями и фактическими данными и роль основополагающих систем ценностей для этического руководства. Мы предлагаем четыре ценностных ориентира.

Роль систем руководящих ценностей

Центральное место в дискуссиях о здоровье заняли ценности, что отражает потребность в ориентирах в современном плюралистическом и глобализованном мире, в котором переплетается множество интересов; в демократическом обществе вопрос о том, из чего складывается правильное общество, должен обсуждаться постоянно. Государства-члены ВОЗ обязались уважать ценности, заявленные в Уставе ВОЗ (ВОЗ, 1946) и многих других документах, принятых на глобальном и региональном уровнях. В призыве к «Здоровью для всех» была подчеркнута ценность социальной справедливости, а в стратегии ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, которая осуществлялась под руководством Джонатана Манна, вновь была подтверждена приверженность соблюдению прав человека. Такие инициативы не всегда просто претворить в жизнь в виде национальных стратегий, поскольку существует немало неблагоприятных внешних факторов. В 1984 г. государства-члены Европейского региона ВОЗ утвердили комплекс ценностей в контексте задач европейской политики «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985). В июне 2006 г. министры здравоохранения стран ЕС совместно констатировали в принятом заключении Совета ЕС, что в основе услуг здравоохранения должны лежать «всеобъемлющие ценности, такие как всеобщий охват услугами качественной медико-санитарной помощи, социальная справедливость и солидарность» (Council of the European Union, 2006b). Таким образом, в основу данного заключения легли следующие общие ценности и принципы.

- Всеобщий охват означает возможность каждого человека пользоваться услугами здравоохранения.
- Социальная справедливость означает равный доступ к медико-санитарной помощи в соответствии с потребностями, независимо от этнической принадлежности, пола, возраста, социального положения или платежеспособности.
- Солидарность тесно связана с программами финансирования систем здравоохранения. В соответствии с принципом солидарности, страны должны обеспечить всеобщий доступ к необходимым услугам медико-санитарной помощи путем справедливого распределения расходов на здравоохранение и услуг здравоохранения между всеми гражданами. Обеспечивается это главным образом за счет основанной на солидарности системе социального страхования здоровья, при которой богатые субсидируют бедных, а здоровые – больных.

- Доступ к качественной медико-санитарной помощи означает, что государства обязуются обеспечить максимально высокое качество помощи, ориентированной на пациента и отзывчивой к индивидуальным потребностям.

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

Сокращение социальной несправедливости в отношении здоровья – актуальная общегосударственная задача. Для ее решения требуются межсекторальные меры, которые не всегда просто осуществить. Однако это единственный способ достижения нашей цели – сокращения несправедливости в отношении здоровья, которая является продуктом общества и противоречит принципу равенства. Правительство Норвегии выражает готовность действовать в интересах создания общества, в котором у каждого человека будут равные возможности для ведения здоровой жизни.

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

Здоровье как одно из прав человека

В основе новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 лежит широко признанное положение о том, что стратегии, программы и практика в области здравоохранения могут оказывать непосредственное влияние на реализацию прав человека и, напротив, несоблюдение этих прав может иметь серьезные последствия для здоровья. Защита прав человека рассматривается в качестве ключевого аспекта защиты здоровья населения. Поэтому подход к охране здоровья с позиций прав человека – это подход к стратегическому руководству, который принимается для реализации и выражения на практике права на здоровье и других сопутствующих прав.

Здоровье – это одно из прав человека, которое является непременным условием для соблюдения фундаментального принципа всесторонней защиты и уважения человеческого достоинства. Это право (равно как и значение для здоровья других прав человека) признается во многих международных договорах и конвенциях, таких как Устав ВОЗ (ВОЗ, 1946), Всеобщая декларация прав человека (Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1948), а также Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах

(Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1966) – юридически обязательный инструмент международного права.

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

- безопасное питьевое водоснабжение и адекватные условия санитарии;
- безопасные пищевые продукты;
- адекватное питание и жилье;
- здоровые условия труда и окружающей среды;
- просвещение и информация по вопросам здоровья;
- гендерная справедливость.

Как следует из определения Управления Верховного комиссара ООН по правам человека и ВОЗ (2008), право на здоровье охватывает целый комплекс неотчуждаемых свобод и прав, таких как:

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

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

Хотя государственная политика всегда формулируется в соответствии с давно установившимися политическими представлениями о том, что является этичным или приемлемым в XXI веке, ни один сектор или действующий субъект не освобождается от необходимости соблюдать права человека, которые являются одной из главных ценностей в стратегическом руководстве в интересах здоровья и затрагивают множество различных аспектов (таких как перечислены выше). Граждане той или иной страны наряду с определенными обязанностями обладают и правами, которые должны быть гарантированы государством, в противоположность потребностям, которые человек удовлетворяет, прибегая к рынку или помощи близких (Jenson, 2009). Однако права человека выше понятий гражданства, сложившихся в XIX веке и в начале XX века: они являются всеобщими и неотчуждаемыми и основываются на человеческом достоинстве, а не на режимах гражданских и политических прав, которые определяют границы обязанностей и роли государства, рынка, местных сообществ и индивида.

Здоровье как составляющая благополучия

В последнее время в международных обсуждениях придается большее значение генерированию социального богатства и социальному развитию, нежели чем сугубо экономическому росту, который измеряется лишь величиной валового внутреннего продукта. Начиная с 1990 г. Организация Объединенных Наций регулярно оценивает благополучие стран с использованием индекса развития человеческого потенциала, чтобы переместить «акцент экономики развития с учета национального дохода на социально-ориентированные стратегии» (ПРООН, 2011). С 2010 г. в этот индекс стали входить три параметра: долгая и здоровая жизнь: ожидаемая продолжительность жизни при рождении; доступ к знаниям: среднее число лет обучения и ожидаемое число лет обучения; достойный уровень жизни: валовый национальный доход на душу населения. В 2011 г. среди 187 государств мира, оцененных по индексу развития человеческого потенциала (ПРООН, 2011), государства-члены Европейского региона ВОЗ занимали от 1-го (очень высокий уровень развития) до 127-го места (средний уровень развития). Одним из возможных направлений для переориентации целей государственной политики в XXI веке считаются стратегии обеспечения благополучия населения; они открывают целый ряд возможностей для создания партнерств и осуществления совместных мер в интересах здоровья и благополучия.

Многие европейские организации и страны начали заново определять свои цели. Например, Европейская комиссия (European Commission, 2009) опубликовала документ с изложением политики под названием *GDP and beyond: measuring progress in a changing world* [ВВП и не только – измерение прогресса в меняющемся мире], в основу которого легла масштабная работа, проделанная совместно группой партнеров, включая Европейскую комиссию, Европейский парламент, Римский клуб, ОЭСР и Всемирный фонд дикой природы. За последние десять лет ряд стран, в том числе Австралия, Канада и Нидерланды, разработали меры оценки благополучия на национальном уровне. В Соединенном Королевстве Бюро национальной статистики начало проводить общенациональную консультацию по вопросу о новых мерах благополучия в целях изучения мнений граждан и организаций. В Германии в январе 2011 г. начала работу Парламентская комиссия по вопросам роста, благополучия и качества жизни, призванная определить, как дополнить меры валового национального продукта экологическими, социальными и культурными критериями. Во Франции в 2009 г. Комиссия по измерению экономической эффективности и социального прогресса представила свои предложения относительно измерения параметров социального благополучия (Stiglitz et al., 2009). Совет Европы выдвинул концепцию благополучия для всех, в которой особо подчеркивается, что благополучия нельзя достигнуть, если оно не будет распространяться на всех людей. Мадридский клуб, объединяющий бывших глав государств, проводит в рамках своего проекта «Единое общество» форумы высокого уровня, которые дают действующим лидерам возможность лучше понять выгоды политики, направленной на укрепление социальной сплоченности, вклад социальной сплоченности в благополучие населения и показатели экономической эффективности, а также стимулы и средства, позволяющие укреплять социальную сплоченность (Birkavs & McCartney, 2011).

В условиях такого смещения ценностей, когда успешное развитие общества оценивается с точки зрения благополучия, а не только экономического роста, здоровье считается неотъемлемым компонентом благополучия и становится одним из ключевых критериев успеха. В результате этого изменения акценты в экономике смещаются с производства товаров на достижение более широкой меры общего благополучия, которая включает пользование благами здоровья, образования и безопасности, эффекты неравенства в отношении доходов и новые способы оценки экономического влияния устойчивости на будущие поколения. Роберт Кеннеди в своем выступлении в Канзасском университете (США) в 1968 г. сказал: «Валовой национальный продукт не учитывает здоровья наших детей, качества их образования или радости от их игр». (John F. Kennedy Presidential Library and Museum, 1968). Из этого следует, что стремление к благополучию превращает здоровье из цели одного сектора в цель всего общества, для достижения которой требуется приверженность не только на самом высоком уровне государственного управления, но и всего общества. Учет субъективных показателей позволяет достоверно отразить опыт и впечатления людей при оценке уровня благополучия.

Здоровье как глобальное общественное благо

Глобальные вызовы, такие как изменение климата и вспышки инфекционных болезней (например, ТОРС в 2003 г. и инфекция *E. coli* в 2011 г.), еще раз напоминают о значимости общественных благ, таких как мир и безопасность, закон и порядок, наличие дорожных знаков и правил дорожного движения, то есть всего того, что является всеобщим достоянием. Если общественные блага предоставляются в достаточном объеме и надлежащим образом, они приносят пользу всему обществу, а если они предоставляются в недостаточном объеме (например, в стране отмечается недостаток законности и порядка и расцветают преступность и насилие), то от этого страдают все. По мере того как вызовы и их детерминанты приобретают трансграничный характер и снижается способность национальных государств решать такие проблемы, опираясь лишь на свои силы, происходит глобализация общественных благ. Таким образом, услуги и условия, которые раньше гарантировались национальными и местными властями, сейчас требуют международного сотрудничества на региональном и даже на глобальном уровне. Многие глобальные проблемы здравоохранения и способы их решения обладают свойствами глобальных общественных благ.

На уровне стран существуют особые сложности, связанные с предоставлением общественных благ или со стратегическим руководством ими – это так называемые проблемы коллективных действий. Каждое благо может предоставляться по-своему, с участием разных людей, движимых разными стимулами. Предоставление глобальных общественных благ является крайне сложным процессом стратегического руководства, в котором участвует множество действующих субъектов, уровней и секторов. Во время пандемии гриппа H1N1 в 2009 г. многим государствам пришлось предпринимать активные действия с вовлечением многочисленных учреждений и ведомств. Важную роль сыграли многие подразделения ВОЗ, фармацевтическая индустрия приступила к производству вакцин и, что не менее существенно, многие люди во всем мире предпринимали меры предосторожности или обращались

за лечением под воздействием информационных кампаний, организованных СМИ и другими субъектами (например, школами и работодателями). Успешное предоставление большинства глобальных общественных благ происходит в виде процесса сложения сил, когда несколько государств (или все государства) осуществляют на национальном уровне меры по устранению дефицита какого-либо глобального общественного блага, например активизируют меры по борьбе с туберкулезом. Здоровье как глобальное общественное благо (при незначительно видоизмененной концепции глобальных общественных благ, обеспечивающих здоровье) представляет собой систему ценностей, которая подчеркивает потребность в эффективном стратегическом руководстве в условиях взаимозависимости. Подобную приверженность обеспечению глобальных общественных благ отражает деятельность ООН по таким проблемам, как ВИЧ-инфекция и СПИД, изменение климата и здоровье женщин и детей (Orr, 011).

Здоровье как аспект социальной справедливости

Для того чтобы добиться сокращения разрыва по показателям здоровья в Европе, в систему ценностей, лежащих в основе надлежащего стратегического руководства, нужно включить социальную справедливость в отношении здоровья. В обзоре, выполненном Mackenbach et al. (2008), продемонстрированы значительные неравенства по показателям здоровья между странами Европейского региона ВОЗ. Если не принять срочные меры, то этот разрыв будет только углубляться. Имеющиеся фактические данные указывают на следующую закономерность: чем ниже социальное положение человека, тем хуже состояние его здоровья. Однако в большинстве случаев эти фактические данные недостаточно убедительны для того, чтобы мобилизовать общественный протест или убедить правительство в том, что сокращение несправедливостей в отношении здоровья является важным общегосударственным приоритетом. Многие из факторов, которые определяют характер и масштаб несправедливостей в отношении здоровья в стране – включая условия работы и тип занятости, жилищные условия, состояние окружающей среды, уровень доходов, безопасность, образование и ресурсы местных общин – лежат вне сферы прямого контроля министерств здравоохранения. В то же время многие детерминанты социальной справедливости и несправедливости в отношении здоровья являются также приоритетами для других секторов – это качество функционирования системы образования, равные права и возможности всех людей и групп в обществе, социальная сплоченность, снижение бедности, устойчивость к неблагоприятным воздействиям и благополучие местных сообществ. Эти детерминанты представляют собой точку соприкосновения для совместных действий различных секторов, которые, при условии должного внимания к их разумному распределению, принесут пользу для здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья.

Многие страны, уже длительное время занимающиеся проблемами социальной несправедливости в отношении здоровья, сейчас берут на вооружение подход, основанный на решении задач по воздействию на детерминанты социальной справедливости совместно с другими секторами и заинтересованными сторонами. При таком подходе социальная справедливость в отношении здоровья все в большей степени учитывается как один из пока-

зателей прогресса. Социальную справедливость в отношении здоровья можно назвать системой руководящих ценностей, которая способствует достижению благ, распространяющихся на многие секторы и на все общество в целом с точки зрения социальной сплоченности и качества жизни. Важным направлением действий в рамках общегосударственного подхода и участия всего общества в достижении социальной справедливости в отношении здоровья является создание новых или усовершенствование существующих инструментов и механизмов для обеспечения равноправия голосов и мнений в процессе принятия решений.

Соотношение между ценностями и фактическими данными

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

Согласно Özdemir & Knoppers (в печати):

Социальные факторы, такие как человеческие ценности и способы получения знаний – что мы желаем узнать и как мы это узнаем – совершенно определенно и прямо влияют на то, что в результате производится в виде научных знаний. Выбор и формулировка научных гипотез, методология проведения экспериментов и интерпретация данных – все это может зависеть от того, какие у экспертов и их организаций системы ценностей, которые в процессе принятия научных решений часто не фигурируют открыто, но тем не менее играют определяющую роль.

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

Понятие «ценности» (values) можно определить как широкие предпочтения в отношении нужного курса действий или конечных результатов. Они, таким образом, отражают представления о том, что правильно и что нет, и как должно быть. Ценности влияют на установки и поведение и тем самым формируют процесс выработки политики и организуют общество в целом, устанавливая правила и нормы (принципы), которые определяют приемлемые

(этичные) действия в семейной и общественной сфере или в рамках стратегического руководства обществом и взаимодействий между местными сообществами и обществами с другими ценностями и принципами. Ценности могут быть как глобальными, так и региональными. Важными ценностями, которые получили практически всеобщее подтверждение в принципах гражданских и политических прав, являются положения о равных правах для всех и о том, что к людям следует относиться уважительно и с соблюдением их достоинства. Эпистемология таких ценностей, как равенство, социальная справедливость и права человека построена на философии нравственности, в то время как эпистемология фактических данных своей основой имеет философию логики и науки. Согласно McQueen (в печати), «их можно считать совершенно отдельными традициями, причем такими, которые в европейской истории часто конфликтовали между собой». Однако в обществе знаний ценности и фактические данные – это две стороны одной медали, влияющие друг на друга. Намеренно или нет, но фактические данные и ценности применяются вместе; дихотомия между научным фактом и социальными убеждениями далеко не так существенна, как нередко считают, и разделить их нелегко.

В реакции на неопределенность при выработке политики наблюдается тенденция, когда полагаются исключительно на фактические данные и не принимают во внимание то, в какой мере эти данные зависят от социальных ценностей. Например, принцип предосторожности представляет собой систему ценностей, которая в качестве решающего фактора в политике управления рисками имеет большее значение, нежели фактические данные (или их отсутствие). В соответствии с этим принципом в условиях неопределенности следует приостановить осуществление тех или иных инноваций или мер при наличии субъективно воспринимаемого риска необратимого вреда, независимо от наличия или отсутствия фактических данных в подтверждение такого риска. В европейском образе мыслей прочно укоренилась вера в науку. Наука стремится дать четкие объяснения того, что дает положительный эффект и почему. В той мере, в какой медицина считается наукой, а общественное здравоохранение – сферой деятельности, движимой наукой, эти дисциплины обязаны подчиняться строгости научных доказательств. Повышение важности подотчетности, отраженное в таких терминах, как «доказательная медицина» (evidence-based medicine) и «политика на основе фактических данных» (evidence-based policy), происходит практически параллельно с выходом на первый план в глобальном здравоохранении таких ценностных проблем, как равенство и социальная справедливость. В работе McQueen (в печати) далее содержится анализ роли ценностей в стратегическом руководстве в интересах здоровья.

Принцип предосторожности стал реакцией на обеспокоенность состоянием окружающей среды и возникшие одновременно опасения общественности в связи с субъективно воспринимаемыми рисками, якобы исходящими от таких явлений и процессов в 1990-х годах, как использование генетически модифицированных организмов, рост ядерной энергетики, истощение озонового слоя и изменение климата, которые в совокупности привели к появлению концепции «общества риска» (Beck, 1992). Эта концепция стала катализатором появления механизмов стратегического руководства, которые, как предполагалось, способны обеспечить определенность путем предупреждения или остановки необратимых изменений в окружающей среде и социальных рисков, связанных с новыми технологиями. Прин-

цип предосторожности превращает ранее нейтральную позицию науки в позицию системы ценностей таким образом, что в условиях научной неопределенности «представляется более ответственным признать приоритетность опасения перед обнадеживающими прогнозами, дабы не допустить причинения потенциально необратимого вреда» (Jonas, 1985; Özdemir & Knoppers, в печати; Tallacchini, 2005).

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

Например, принцип предосторожности подразумевает, что ценности, лежащие в основе стратегического руководства, должны анализироваться с такой же тщательностью, с какой собирают и оценивают фактические данные. О тесной взаимосвязи между социальными детерминантами и состоянием здоровья населения известно уже многие десятилетия, однако в Докладе Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (2008) эти знания были систематизированы с учетом новых реалий и подкреплены убедительными и достоверными фактическими данными. Но одних только знаний недостаточно для того, чтобы предпринять эффективные шаги для противодействия ценностно-обусловленным причинам плохого здоровья. «Научные данные о том, как реально повлиять на эти причины, крайне проблематичны, и в действительности существенные изменения в атрибутивных причинах могут быть обусловлены политико-философскими воззрениями, которые сами по себе связаны с ценностями, не всегда совпадающими с фундаментальными ценностями, определяющими хорошее здоровье». (McQueen, в печати). Например, огромное значение для мер воздействия на факторы риска неинфекционных заболеваний имеет изменение поведения людей. При этом фундаментальные ценности, такие как свобода выбора, могут противоречить некоторым мерам воздействия на детерминанты здоровья и влиять на типы фактических данных и аргументов, с которыми готовы согласиться руководители той или иной политической ориентации.

Отсюда следует, что необходимо возобновить обсуждение ценностей в контексте стратегического руководства в интересах здоровья. Нужно положить конец вековому ошибочному разделению между «научным» (например, фактическими данными) и «общественным» (например, ценностями) и начать интерпретировать и рассматривать вместе эти две неотделимые друг от друга ипостаси и области знаний. Надлежащее стратегическое руководство в интересах здоровья должно основываться на расширенной трактовке здоровья как одного из основных компонентов прав человека, благополучия, всеобщего достояния и социальной справедливости. На основании такого понимания надлежащего стратегического руководства в интересах здоровья и признания ответственности всего государства и всего общества за надлежащее руководство в интересах здоровья следует провести дискуссию с участием всех заинтересованных сторон, чтобы определить универсальные ценности и руководя-

щие принципы для охраны здоровья, которые были бы шире существующих. Sandel (2010) утверждает, что обсуждение различных точек зрения на то, как следует понимать и укреплять равенство и справедливость, делает общество сильнее. Его призыв к осуществлению «политики морального участия» (politics of moral engagement) прекрасно согласуется с требованием воздействовать на сложные и разнообразные факторы, влияющие на решения в отношении распределения здоровья и его детерминант.



5.

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

В обществе знаний решения в области политики, которые принимаются исключительно исходя из нормативных соображений, уступают место решениям, основанным на фактических данных. В то же время принятие решений требует применения новых способов преодоления и учета неопределенностей, которых бывает предостаточно, когда знания – а они всегда рождают вопросы, всегда пересматриваются – занимают место преобладающих ценностей в качестве основы власти. Разумное стратегическое руководство – это один из способов обозначения масштабных институциональных адаптаций, наблюдаемых в государственных и международных организациях перед лицом возрастающей взаимозависимости. Термин «разумное стратегическое руководство» (smart governance), предложенный Willke (2007), – это «краткое обозначение совокупности принципов, факторов и потенциалов, которые образуют определенную форму стратегического руководства, способную адаптироваться к условиям и крайностям, характерным для общества знаний» (рис. 10).

Введение

Данный раздел посвящен тому, как может быть организована система стратегического руководства в XXI веке и как можно преодолеть многогранные и сложные – каверзные – проблемы здравоохранения. Это требует интегрированных и динамичных мер реагирования, выходящих за пределы круга ведения какого-либо одного сектора, превращения охраны здоровья в общую задачу для всех компонентов государственного управления и более прочного увязывания его с благополучием населения. В предыдущих разделах мы выделили две характеристики.

- Власть и ответственность рассредоточились по всем направлениям: вверх, вниз и по горизонтали – по всем уровням государственной власти и по всему обществу. При перемещении акцентов в сторону демократии и общих ценностей эти тенденции сходятся в новых подходах – общегосударственном и на основе участия всего общества, – которые представляют собой новую базу для выработки и реализации государственной политики в поддержку здоровья.
- Концепция надлежущего стратегического руководства расширилась: в нее вошли такие устремления, как здоровье и благополучие. Принципами, которыми можно руководствоваться при выработке этической политики в интересах здоровья, являются такие ценности, как права человека, благополучие, глобальные общественные блага, социальная справедливость и равенство (рис. 11).

Рисунок 10. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия

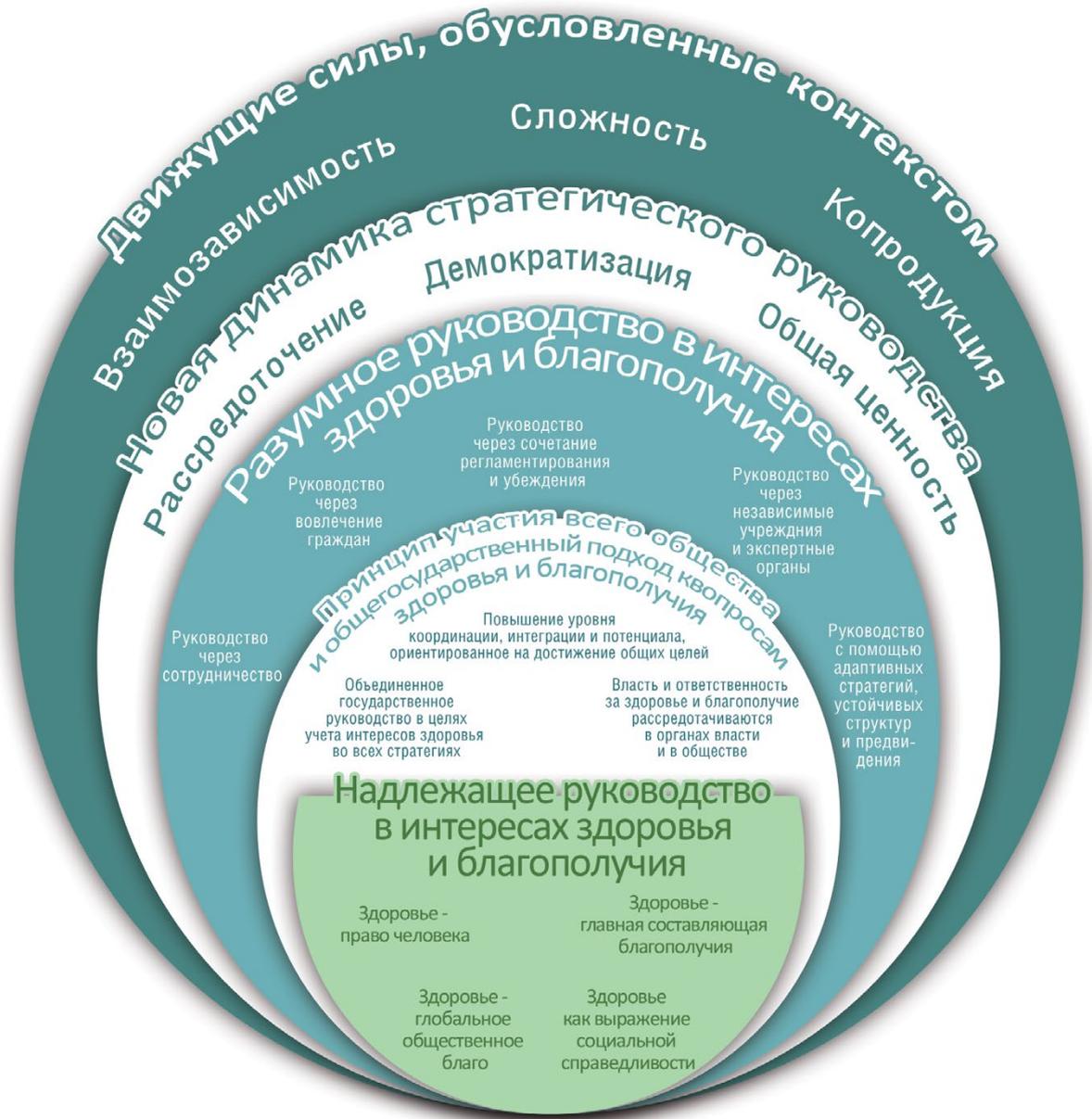


Рисунок 11. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке



Источник: Kickbusch (2011).

Эти проблемы существуют и в других секторах помимо здравоохранения: как показано выше, секторальные подходы к стратегическому руководству в целом не отвечают требованиям взаимозависимого мира XXI века. Параллельно с тем, как здравоохранение ищет поддержки у других секторов, сектор здравоохранения должен начать рассматривать вопрос о том, как здоровье способствует или препятствует осуществлению повестки дня других секторов и как оно способствует благосостоянию всего общества в целом. Недостаточно осуществлять только лидерство в интересах здоровья, о чем так часто говорится в посвященных здравоохранению документах. Если все секторы отвечают за целое, значит, и сектор здравоохранения должен удовлетворять тем же условиям.

По мере того как возрастает требование к системам государственного управления поддерживать свою легитимность и повышать качество функционирования, они постепенно вне-

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

В Европе проведение оценок воздействия на здоровье помогает руководителям, отвечающим за разработку и реализацию политики, принимать более обоснованные решения, нацеленные на перспективу, и избегать непредумышленных последствий для здоровья, независимо от того, в каком секторе разрабатывалась данная политика. Аналогичным образом, например, сектор здравоохранения в штате Южная Австралия делится опытом с другими секторами, рассматривая сквозь призму здоровья всевозможные проблемы, такие как безопасное водоснабжение, устойчивые транспортные системы и др. Если такой подход к принципу учета интересов здоровья во всех стратегиях будет узаконен в виде общегосударственного стратегического плана, это не станет дополнительным бременем, а поможет другим секторам в достижении своих целей и будет способствовать укреплению здоровья.

Оценка воздействия на здоровье – это совокупность мер поддержки принятия решений для процесса выработки политики, которые могут применяться на местном, региональном, национальном и наднациональном уровне. Эти меры также могут применяться в межсекторальном масштабе и способны учитывать детерминанты несправедливостей в отношении здоровья. В работе Wismar et al. (2007) анализируется вопрос об эффективности этих оценок и их превращении в формально узаконенную практику в Европе на основании результатов исследований и примеров из практики в различных областях, включая контроль качества воздуха в Северной Ирландии и г. Тичино в Швейцарии, а также производство пищевых продуктов и вопросы питания в Словении после ввода в действие положений сельскохозяйственной политики ЕС. Все 17 примеров из практики демонстрируют эффективность метода оценки воздействия на здоровье.

Пять типов разумного стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья предполагает пять следующих направлений, по которым системы государственного управления подходят к решению проблем в области стратегического руководства в интересах здоровья:

- сотрудничество;
- вовлечение партнеров;
- сочетание регламентирования и убеждения;
- участие независимых учреждений и экспертных органов;
- адаптивные стратегии, устойчивые структуры и прогнозирование.

Разумное стратегическое руководство можно также понимать как применение разумной власти (*smart power*), которые Нье (2011) определяет как «сочетание жесткой силы принуждения и финансовых санкций и мягкой силы убеждения и позитивных стимулов». В то время как жесткая сила (например, осуществление или угроза осуществления военного вмешательства, экономических санкций) и мягкая сила (например, дипломатия, экономическая помощь, коммуникация) – это целиком описательные термины, разумная власть подразумевает еще и оценку результатов. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия означает, что государство вступает в более сложные взаимоотношения с другими действующими субъектами в государственной и общественной сфере, применяя как жесткую, так и мягкую силу. Это не обязательно принижает его роль или властные полномочия – напротив, в отношении стратегического руководства сферой здравоохранения и стратегического руководства в интересах здоровья можно сказать, что государства расширили свою власть, чтобы отвечать на новые вызовы посредством новых механизмов сотрудничества. Например, на министерствах здравоохранения сейчас лежит ответственность за один из крупнейших и важнейших секторов общества, имеющий большое экономическое и социальное значение; обычно это также один из наиболее строго регулируемых секторов. В то же время государство во многих странах распространяет свои регулирующие полномочия на повседневную жизнь и рынок, борясь с такими проблемами в отношении здоровья, как ожирение, курение, употребление алкоголя и запрещенных наркотиков, а также обеспечивая охрану окружающей среды и безопасность пищевых продуктов. В Европе государство играет еще более сложную роль с учетом изменений динамики стратегического руководства в контексте ЕС. Один из вызовов для стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке – в эпоху глобализации и повсеместного распространения рыночных отношений – заключается в том, как совместить интересы здравоохранения и рынка таким образом, чтобы обеспечить рост общественных благ, а не удовлетворение индивидуальных интересов. В условиях ЕС для этого требуется постоянное балансирование между эффективностью рынка и защитой интересов общества (и здоровья) (Scharpf, 2002).

Руководство через сотрудничество

Такие термины, как «межсекторальное сотрудничество», «межведомственное сотрудничество», «стратегические партнерства», «многоуровневое совещательное и сетевое стратегическое руководство с участием всех заинтересованных сторон» нередко трудно различимы по своему значению, однако все они относятся к одному и тому же вопросу: как государство и общество осуществляют совместное руководство в XXI веке.

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

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

На здоровье оказывают все большее влияние такие факторы, как темп жизни современного общества, глобализация рынков, повышение индивидуальной мобильности и уязвимости, потребление энергии, изменение климата, продовольственная безопасность, обеспокоенность в связи с рисками и безопасностью и усиление влияния средств массовой информации. Все это мы называем детерминантами здоровья XXI века, которые пересекаются со многими из ранее признанных социальных, экологических и экономических детерминант здоровья. Для того чтобы вместе находить инновационные пути развития политики, новые механизмы и инструменты и создавать более эффективные регуляторные системы, сектор здравоохра-

нения должен сотрудничать со столь же широким кругом разнообразных действующих субъектов. Например, сектор здравоохранения должен вместе с сектором окружающей среды заниматься вопросами изменения климата и продовольственной безопасности, а вместе с городскими властями создавать города, лучше приспособленные для жизни. Совместное производство общественных благ и совместное стратегическое руководство означают достижение результатов благодаря совместной работе; в принципе, не имеет значения, кто является лидером в этой работе, поскольку ни одна из сторон процесса не сможет достичь поставленных целей в одиночку.

Осознавая важность градостроительной политики для улучшения состояния здоровья населения и учитывая разнообразие других сфер политики, напрямую связанных с охраной здоровья, лорд-мэр Лондона поддержал принцип равных возможностей для всех людей и согласился с тем, что сокращение неравенств в отношении здоровья и укрепление здоровья жителей Лондона – это всеобъемлющие вопросы, затрагивающие многие сферы. Вопросы здоровья включены в интегрированную оценку воздействия, которая состоит из оценки устойчивости (включая стратегическую экологическую оценку) и оценку регулирования жилой среды и затрагивает такие вопросы, как здоровье, неравенства в отношении здоровья и безопасность местных общин.

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

Действия в рамках Национальной политики Шотландии в области пищевых продуктов и напитков описаны в документе «Рецепт успеха» (Scottish Government, 2009). Индустрия пищевых продуктов и напитков в Шотландии является одной из наиболее приоритетных. «Рецепт успеха» призван способствовать росту экономики с учетом проблем, стоящих в области общественного здравоохранения, устойчивости окружающей среды и ценовой доступности продовольствия. Успех политики невозможен без партнерств. Ответственными за проведение различных мероприятий, сложных и увлекательных, трудноосуществимых и более легких, являются как отдельные лица, так и организации в государственном, частном и третьем секторах, включая продовольственные магазины, компании розничной торговли,

Национальную систему здравоохранения, Ассоциацию производителей пищевых продуктов и напитков Шотландии, Национальную федерацию предпринимателей, местные власти и местные сообщества. Стратегия будет содействовать развитию индустрии пищевых продуктов и напитков и укреплению имиджа Шотландии как страны, которая славится своими продуктами и напитками, и стимулировать здоровый и устойчивый выбор, сделает государственный сектор Шотландии примером устойчивой системы продовольственного снабжения, обеспечит надежные запасы продовольствия и бесперебойность поставок, сделает пищевые продукты доступными для всех с точки зрения наличия и стоимости, а также позволит шотландцам больше узнать о той пище, которую они едят (Scottish Government, 2009).

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

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

CeaseFire [Прекращение огня] – это некоммерческая организация, которая с помощью подходов, методов и приемов общественного здравоохранения старается остановить распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа и предупредить насилие с применением огнестрельного оружия в некоторых районах Чикаго (США), где убийства достигли уровня эпидемии. Инициатива исходила от научно-академических кругов, финансировалась частными фондами и строится на тесном сотрудничестве с правоохранительными органами, системой уголовного правосудия, администрацией мэра города и, что особенно важно, с ассоциациями местных общин и гражданами. Задача CeaseFire заключается в том, чтобы разорвать круг насилия и изменить нормы поведения. Инициатива включает в себя информационные кампании, просвещение по стратегическим вопросам по принципу «равный – равному» и меры вмешательства в отношении групп повышенного риска; всё это оказалось весьма эффективным в борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также в изменении поведения людей. Независимая оценка эффективности проекта показала, что благодаря ему количество случаев применения и угрозы применения огнестрельного оружия снизилось дополнительно на 17–24%. В четырех частично перекрывающихся друг друга районах число раненых и убитых в перестрелках сократилось на 16–34% (Skogan et al., 2008). Снижение уровня насилия в городских районах отвечает интересам правоохранительных органов и системы уголовного правосудия, а также имеет определенное значение и для здоровья населения – от снижения нагрузки на службы неотложной медицинской помощи до снижения уровня стресса и тревоги у населения, живущего в опасных районах.

Совместная работа: успешное сотрудничество в области стратегического руководства

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

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

- исходные условия для сотрудничества, поскольку суждения об относительной власти и ресурсах, которыми обладают заинтересованные стороны, восприятие взаимозависимости между заинтересованными сторонами и история их прежнего сотрудничества или антагонизма совместно определяют успешное межсекторальное сотрудничество с участием целого ряда действующих субъектов и ставят на повестку дня вопрос о том, когда лучше выбирать какой-то один конкретный сектор (Kamel Boulos, в печати);
- роль руководящего звена, которая заключается в выстраивании единых исходных условий, процессов и структур, установлении правил и создании отношений доверия между сторонами и налаживании диалога;
- организационная структура систем сотрудничества и стратегическое руководство ими, которые определяют порядок участия, общие правила, обеспечение прозрачности, пути достижения консенсуса и контрольные сроки;
- процесс сотрудничества, то есть многократно повторяющийся процесс заключения соглашений, формирования лидерства, обеспечения законности, создания отношений доверия, разрешения конфликтов, планирования, осуществления совместных шагов на пути к промежуточным результатам, приверженности процессу и выработки единого понимания задач и ценностей².

Согласно Nixham (2003) разумное стратегическое руководство в интересах сотрудничества зависит от «построения добродетельного цикла из коммуникации, доверия, приверженности, понимания и конечных результатов» (Ansell & Gash, 2007; Imperial, 2005). В успешном межсекторальном сотрудничестве все более важную роль начинают играть социальные установки и культура, создание отношений доверия, существование подлинной взаимозависимости задач, время и знания.

Важно достичь консенсуса в отношении того, что здоровье и благополучие являются одной из всеобщих актуальных задач, стоящих перед обществом. «Сети стратегического руководства по своей сути представляют собой борьбу между разными ценностями, способам

² Ansell & Gash (2008) сообщили о результатах мета-анализа 137 практических примеров совместного стратегического руководства, авторы которого, Bryson et al. (2006), провели обзор литературы, посвященной теории партнерств, сетей и межсекторального сотрудничества.

ми определения проблем и выработки решений» (Klijn, 2010). В значительной степени здоровье населения зависит от способности различных общественных групп работать совместно во имя достижения общих целей, несмотря на различающиеся частные интересы.

Важность непрерывного диалога лишней раз доказывают уроки из опыта Швеции по реализации межсекторальных стратегий в сфере здравоохранения. Исходя из личного опыта, Pettersson (2010) вспоминает, что выявление общих интересов с другими секторами является длительным процессом, требующим постоянного диалога и реалистичных временных рамок. Определять проблемы и разрабатывать показатели для мониторинга прогресса необходимо совместно, принимая во внимание язык, понятия и методы работы партнеров. Вполне вероятно, что другие секторы уже занимаются укреплением здоровья, но просто делают это под другими названиями, используя другую корпоративную терминологию. Например, меры по повышению безопасности пассажиров, чистоты, точности работы и улучшению моментального информирования в общественном транспорте в Швеции также могут способствовать профилактике травматизма, повышению уровня гигиены и снижению стресса (Pettersson, 2010).

Сектор здравоохранения должен научиться понимать и усиливать вклад секторов-партнеров в укрепление здоровья и благополучия. Сюда входит понимание регулярных циклов политики, сферы стратегической ответственности и существующих стратегических программ и документов своих партнеров, что требует определенной подготовки и времени. По мере того как круг партнеров расширяется, разумное стратегическое руководство призвано установить разделение обязанностей сторон в условиях, когда ответственность за охрану здоровья лежит на всех.

Когда и при каких обстоятельствах необходим общегосударственный подход? Возможности общества зависят от способности различных секторов доверять друг другу в достаточной степени, для того чтобы пойти на риск и инициировать такую сложную и подверженную риску неудач стратегию, как межсекторальное сотрудничество (Bryson et al., 2006; Vangen & Nixham, 2003). Доверие, в свою очередь, строится на ожидании того, что отдельные субъекты, входящие в сеть, будут воздерживаться от конъюнктурного поведения (Klijn, 2009). Создание отношений доверия – это постоянный процесс, основанный на обмене информацией и знаниями и демонстрации компетентности, добрых намерений и доведения начатого до конца (Bryson et al., 2006).

Разумное стратегическое руководство в интересах сотрудничества может основываться на самых разных инструментах и механизмах, доказавших свою полезность на различных этапах стратегического руководства через сотрудничество (ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия, 2010). Можно выделить, в частности, следующие семь механизмов.

Первый – это межминистерские и межотдельские комитеты (комиссии). Консультативный совет по общественному здравоохранению Финляндии – это форум, который объединяет 17 представителей всех секторов государственного управления, неправительственных организаций, научно-исследовательских институтов и муниципалитетов. На заседаниях Совета совместно формулируются проблемы, выявляются взаимозависимости и со временем складывается атмосфера доверия и вырабатывается структура лидерства. Работу Совета дополняют межсекторальные программы в области политики, напрямую связанные с канце-

лярией премьер-министра, что обеспечивает дополнительную поддержку на уровне руководителей страны (Wismar & Ernst, 2010).

Второй – рабочая группа по защите интересов уязвимых групп населения, сформированная Управлением общественного здравоохранения округа Сиэтл-Кинг (США), которая координирует меры по обеспечению готовности всего округа к чрезвычайным ситуациям вместе с целым рядом партнеров в местных общинах. Группа состоит из специалистов различного профиля, обладающих знаниями и опытом в области общественного здравоохранения применительно к уязвимым группам населения, обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и контроля инфекционных болезней.

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

Четвертый инструмент – интегрированные бюджеты и бухгалтерская отчетность. Целью включения пользы для здоровья от езды на велосипеде и ходьбы пешком в анализ инвестиций в транспортный сектор с точки зрения соотношения затрат и выгод является увеличение на 20% показателей распространенности ходьбы пешком и езды на велосипеде и замена ходьбой пешком и ездой на велосипеде 15% поездок на короткие расстояния на автомобиле или на общественном транспорте. Ожидаемая польза для здоровья – снижение частоты онкологических заболеваний (пять типов), повышенного кровяного давления, диабета 2-го типа и заболеваний костно-мышечной системы; к другим выгодам относится снижение числа дорожно-транспортных происшествий, уменьшение времени в пути, повышение безопасности и сокращение перевозок детей школьными автобусами, а также снижение загрязнения воздуха, шума, загруженности и износа дорог и расходов на парковку. Расчетная выгода составляет 420 млрд евро, или 880 евро, в год на каждого умеренно активного человека (Institute of Transport Economics, 2002).

Пятый механизм – междисциплинарные системы информации и оценки. Назначение контрольного перечня вопросов для сектора здравоохранения по учету гендерных аспектов во всех стратегиях и программах (World Bank Institute/PRMGE, African Development Bank Group, 2009) состоит в том, чтобы помочь работникам и консультантам Всемирного банка в проведении анализа и выявлении гендерных проблем в секторе здравоохранения, разработке правильных стратегий и компонентов, учитывающих гендерную проблематику, распределении ресурсов и определении контрольных показателей для всех этапов цикла проекта или программы. Контрольные перечни вопросов должны использоваться вместе с разработанными Банком операционным руководством и процедурами осуществления оценок в области охраны окружающей среды и в социальной области, чтобы обеспечить полноцен-

ный анализ гендерных проблем и учет гендерных аспектов в проектах. В рамках этих процедур должны быть подготовлены учитывающие гендерные особенности технические задания для проведения оценок в области охраны окружающей среды и в социальной области, чтобы продемонстрировать применение передовой практики учета гендерных аспектов в любом финансируемом Всемирным банком проекте в каком-либо секторе, включая сектор здравоохранения.

Шестой – совместная деятельность по подготовке кадровых ресурсов. Совет по социальной помощи Уэльса по поручению правительства Уэльса создал в 2006 г. Сеть по подготовке кадров для работы с детьми и молодежью. В ее задачи входит содействие улучшению жизни детей и молодежи путем обеспечения работающих с ними людей максимально высоким уровнем профессиональной подготовки, наивысшей квалификацией, поддержкой и помощью советами; формирование контингента работников, вооруженных всеми необходимыми знаниями и средствами для реализации комплексного подхода к предоставлению детям и молодежи Уэльса услуг, предусмотренных в соответствии с Законом о детях 2004 г., и повышение заинтересованности работодателей во всех секторах, которые работают с детьми и молодежью.

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

Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья должно приводить к углублению взаимодействий с различными субъектами из социальной сферы, чему способствует повышение прозрачности, а также должно подчиняться ценностям общества. Здесь важную роль играют средства массовой информации. В целом одним из наиболее действенных инструментов обеспечения координации, легитимности и подотчетности следует признать обмен информацией (Hernández-Aguado & Parker, 2009). Это же относится и к бизнесу, о котором часто говорят, что он способствует созданию каверзных проблем, но мало делает для их решения. Хотя в конечном счете могут потребоваться и жесткие регулятивные меры, деловые сообщества уже проявляют инициативу перестроить философию своей деятельности в соответствии с ценностями общества и добровольно отчитываться о достигнутом прогрессе. Переход к принципу общих ценностей открывает перед бизнесом вариант разумного руководства – более активно содействовать решению проблем, тем самым устраняя необходимость введения более жесткого регулирования, наряду с удовлетворением потребительского спроса потребители на более здоровую и безопасную продукцию.

Главы восьми крупных фирм – производителей пищевых продуктов и напитков, объединившись в Международный альянс производителей пищевых продуктов и напитков, направили в мае 2008 г. письмо на имя Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен, в котором выразили готовность своих компаний поддерживать Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (ВОЗ, 2004). Они признали важную роль частного сектора, обязавшись активизировать работу, которая уже ведется отдельными компаниями, по реализации «пяти обязательств за пять лет»:

1. продолжить работу по изменению состава продуктов и созданию новых продуктов в поддержку целей улучшения характера питания;
2. предоставлять всем потребителям легко понятную информацию о пищевых свойствах продуктов;
3. распространить в глобальном масштабе инициативы по ответственной рекламе и маркетингу ориентированным на детей;
4. повышать осведомленность о рациональном питании и необходимости повышения уровня физической активности;
5. активно участвовать в партнерствах между государственным и частным секторами, которые поддерживают Глобальную стратегию ВОЗ.

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

Что может стать причиной неудачи стратегического руководства через сотрудничество

Литература, посвященная партнерствам между организациями, подтверждает результаты исследований в области стратегического руководства через сотрудничество. McQuaid (2009), анализируя примеры политики по проблемам городской регенерации и дискриминации в доступе на рынок труда, обозначил следующие возможные причины неудавшихся партнерств:

- разногласия по поводу задач и целей;
- значительные непредвиденные прямые и скрытые издержки в плане времени, необходимого на создание отношений доверия и достижение консенсуса;
- низкая ответственность партнеров за успехи и неудачи;
- локальные и корпоративные трудности, когда считается, что партнерства умаляют значение инициатив в главных направлениях, или когда определенные характеристики структур или институтов внутри организаций-партнеров чрезмерно затрудняют для них преодоление ведомственной изоляции;
- асимметричность технических навыков и опыта, которые вкладываются в партнерство;
- различия в философии между партнерами, например в отношении роли рынков, или разные ценностные или этические системы, что приводит к дроблению культуры сотрудничества в партнерстве;
- различающиеся властные отношения и уровни участия местных сообществ.

Руководство через вовлечение граждан

Расширение стратегического руководства в интересах здоровья и более широкое понимание здоровья также подразумевает важность учета мнений большего числа действующих субъектов. Сектор здравоохранения, как уже отмечалось, должен работать вместе с другими секторами политики; он должен работать с частным сектором и неправительственными организациями, и все чаще и чаще (n-DASH) на индивидуальном уровне: с пациентами, потребителями, гражданами в их повседневной жизни. Профилактика, диагностика и лечение заболеваний могут быть успешными только при активном участии граждан; эта позиция завоевывает признание правительств и граждан стран Европы (Andersson, в печати). Политика больше не может быть просто задана кем-то – для успеха требуется совместная деятельность и участие и сотрудничество граждан.

Разнообразие форм участия

Участие пациентов стало не просто неотъемлемым аспектом медико-санитарной помощи в Европе, но и моделью для других форм участия граждан в жизни общества. Существуют, однако, «важные различия между деятельностью, направленной на расширение прав и возможностей индивидуальных пациентов в отношении оказываемой им помощи и структурами, которые создаются для того, чтобы позволить общественности (как заинтересованным частным лицам, так и выбранным представителям) требовать отчета от учреждений здравоохранения» (Andersson, в печати) (Вставка 1).

Частные лица участвуют не только так, как это описано во вставке 1, но и как потребители, а эта роль в некоторых нюансах отличается от роли пациентов и граждан. Участие может быть непрерывным процессом, от предоставления информации до расширения прав и воз-

Вставка 1. Почему следует поощрять активное участие пациентов и общественности?

Пациенты
Обеспечить надлежащее качество лечения и ухода
Улучшить показатели здоровья
Сокращать факторы риска и предотвращать нездоровье
Повысить безопасность вмешательств
Снизить количество жалоб и судебных исков
Граждане
Улучшить систему оказания услуг
Определить приоритеты для государственных расходов
Удовлетворять спрос
Обеспечивать соответствие ожиданиям
Укрепить подотчетность

Источник: Coulter (2005).

возможностей и от консультаций до совместного производства результатов, делегирования полномочий и полного контроля за принятием решений. Правительство Канады подготовило ряд рекомендаций по изменению поведения населения в отношении каверзных проблем в области окружающей среды и охраны здоровья. Эти рекомендации, которые получили название «инструменты перемен», состоят из проверенных методов укрепления здоровья, безопасности и повышения экологической сознательности граждан (Cullbridge Marketing and Communications, 2011).

Оценить уровень полномочий, которые в каждом случае делегируются участникам, помогают несколько аналитических моделей (Andersson, в печати). Модель, приведенная ниже, была создана Международной ассоциацией за участие общественности (International Association for Public Participation, 2004):

- информировать: предоставлять необходимые сведения;
- советоваться: получать отзывы общественности;
- вовлекать: работать напрямую с населением;
- сотрудничать: устанавливать партнерские отношения с общественностью;
- предоставлять права и возможности: наделять общественность правом принятия окончательного решения.

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

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

Парламент детей и молодежи в г. Усти-над-Лабем (Чешская Республика) был создан еще в 1999 г., и за прошедший с того времени период он успел повлиять на различные сферы об-

щественной жизни. Его членами являются школьники в возрасте 12–18 лет, которые готовы заниматься этой деятельностью в свое свободное время, коммуникабельны и способны превращать свои идеи в жизнь. Благодаря возрастным ограничениям состав парламента постоянно меняется, и у новых членов есть возможность проявить себя и выдвигать свои идеи.

Опыт европейских стран дает множество примеров удачного вовлечения общественности в сферу здравоохранения. Некоторые из них, приведенные ниже, иллюстрируют факторы, которые явились обоснованием такого вовлечения.

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

Семинар по борьбе против табака, прошедший в Армении в 2007 г., содействовал реализации существующих стратегий. В этой встрече, организованной под эгидой Коалиции за Армению без табака, представители государственных и международных учреждений и неправительственных организаций, практические работники и ученые обсудили вопрос о том, как гражданское общество может помочь в разработке и реализации национальной стратегии борьбы против табака.

Советы по реализации Закона о социальной поддержке в Нидерландах осуществляют сбор общественного мнения о качестве обслуживания. Закон о социальной поддержке, принятый в 2007 г., обязывает муниципалитеты вовлекать граждан в процесс оказания социальной помощи. Многие муниципалитеты учредили советы по реализации данного закона, чьей задачей является предоставление муниципалитету (как по его просьбе, так и по собственной инициативе) рекомендаций, касающихся политики в отношении осуществления Закона.

Проект «Голос народа», осуществленный в Украине в 1999 г. при финансовой поддержке со стороны Всемирного банка, дал возможность гражданам оценить качество услуг здравоохранения. Для этого использовались специальные карточки для отзывов граждан, проводились конференции, общественные слушания, опросы и обучение работников неправительственных организаций и государственных служащих. После этого метод гражданского аудита стал использоваться во многих странах Европы для оценки качества услуг здравоохранения с точки зрения граждан. Ведущую роль в этом играет итальянская неправительственная организация Cittadinanzattiva [гражданская инициатива].

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

Применение специальных методик для стимулирования вовлеченности общественности

Последние достижения в области потребительских технологий и инновации со стороны частного сектора (включая фонды) создают новые возможности для содействия вовлечению граждан. Например, некоторые организации, такие как *AmericaSpeaks* [Америка говорит], апробировали метод, который они назвали «Городское собрание XXI века», когда тысячи граждан, привлеченные к участию методом случайного отбора, собираются в одном или нескольких залах и участвуют в публичных дебатах. Участники рассаживаются за столами по восемь-десять человек; с каждой такой группой работает специально подготовленный ведущий-методист. Группы обсуждают вопросы и составляют список коллективных приоритетов. Технологии обеспечения всеобщего участия позволяют услышать голос каждого: на каждом столе устанавливается компьютер, который используют как электронный флипчарт, чтобы сразу фиксировать и передавать составленные предложения; также столы оснащены приставками для электронного голосования, с помощью которых участники определяют наиболее важные приоритеты. Похожие конференции по достижению консенсуса проводятся и в Европе, как на местном, так и на региональном уровне. Существуют различные способы применения этой модели и в сфере охраны здоровья.

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

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

Новые методики помогают гражданам не только участвовать в сборе информации и обмену знаниями или в совместном оказании медико-социальной помощи, но и выступать в качестве независимых субъектов, участвующих в процессе стратегического руководства в интересах здоровья. За последнее десятилетие смартфоны (мобильные телефоны с расширенными компьютерными и коммуникационными возможностями, выходящими за рамки стандартных функций в голосовом и текстовом режиме и обеспечивающими бесперебойное подключение к Интернету и навигацию) «глубоко проникли в жизнь общества, охватив в за-

падных индустриально развитых странах весь возрастной спектр пользователей, от школьников до пожилых граждан» (Kamel Boulos, в печати). Эти устройства пользуются все большим доверием людей, поскольку способны облегчать совместное оказание медико-социальной помощи благодаря мобильному мониторингу состояния здоровья и пропагандировать здоровые модели поведения: в 2010 г. на рынке были доступны 7000 программных приложений для смартфонов, имеющих отношение к здоровью (Kailas et al., 2010). Менее понятны приложения, связанные с совместным стратегическим руководством.

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

Подобные технологии наделяют людей дополнительными возможностями и позволяют им почувствовать себя хозяевами ситуации и содействовать тому, чтобы окружающий мир стал более здоровым и безопасным. Возможность позвонить по бесплатному номеру и напрямую сообщить о проблеме существует уже многие десятилетия, однако простота отправления сообщения с помощью новых технологий и, что еще важнее, возможность проследить за реакцией на сообщение, делает «правильный выбор простым выбором» для граждан, которые в противном случае возможно не стали бы тратить время и силы на отправку такого сообщения. Сайт www.police.uk использует социальные сети для информирования граждан о криминальной ситуации в их районе и получения от них информации о преступлениях.

Социальные сети тоже предоставляют беспрецедентные возможности для многосторонней связи и взаимодействия между государственными организациями, а также между организациями и местными сообществами, которых они обслуживают. Таким образом, они «расширяют права и возможности граждан тем, что помогают сформировать информированное население, повышают доверие общественности и поощряют граждан к участию в придании услугам таких форм, какие им нужны: граждан просят высказывать свои мнения и замечания и предлагать новые идеи». Высокая скорость передачи информации и данных, а также возможность «разработки» социальных форумов для извлечения информации от «из первых рук» об общественных настроениях и мнениях помогают вырабатывать более устойчивую и прочную государственную политику. В работе Kamel Boulos (в печати) содержится дополнительная информация о социальных сетях, виртуальных и «зеркальных» мирах и их значении для стратегического руководства в интересах здоровья.

Смартфоны предоставляют беспрецедентные возможности для усиления власти общества благодаря растущему числу приложений, используемых для краудсорсинга и позволяющих

в реальном времени обеспечить участие многих людей в решении вопросов здравоохранения и медико-санитарной помощи. В качестве примера можно привести приложение MedWatcher (<http://www.healthmap.org/medwatcher/>), касающееся применения лекарственных средств, или приложение HealthMap – «Outbreaks Near Me» [Вспышки заболеваний рядом со мной] (<http://www.healthmap.org/outbreaksnearme/>), предложенное группой Children's Hospital Informatics Program, которая разработала приложение Medwatcher, и позволяющее проводить «общественное эпидемиологическое расследование» (когда пользователи приложения сообщают о вспышках заболеваний в своих районах). Еще один пример – работающее в реальном времени и позволяющее спасать человеческие жизни приложение для айфона, используемое службой пожарной охраны Сан-Рамон-Вэлли (Калифорния) (<http://firedepartment.mobi/>). Оно уведомляет местных граждан, обученных проведению мер сердечно-легочной реанимации, о поступлении на телефон национальной службы спасения сообщения о случаях остановки сердца. Встроенная в iPhone система GPS сообщает ответившим на сообщение о местоположении учреждения неотложной помощи и ближайших дефибрилляторов.

Как прозрачность может стимулировать инновации

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

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

Примером реализации этого принципа является проект PatientsLikeMe [такие же пациенты, как я] (2012), в рамках которого пациенты могут открыто обмениваться информацией о себе в режиме онлайн в знакомом им формате социальных сетей. Это содействует расширению прав и возможностей пациентов и позволяет им сравнивать свои ситуации и принимать более обоснованные решения в отношении собственного здоровья; помимо этого, проект представляет собой альтернативную платформу для исследований. На сайте PatientsLikeMe сформировалось несколько сообществ, представляющих подборки данных, по общему объему достаточные для проведения клинических испытаний (например, сообщество по проблеме рассеянного склероза, насчитывающее почти 23000 участников). Это особенно важно в случае редких забо-

леваний, когда пациенты могут быть разбросаны по огромной территории. Когда готовилась данная публикация, компании Abbot Laboratories и Novartis Pharmaceuticals Corporation проводили с помощью сайта PatientsLikeMe свои клинические испытания. Философия открытости проекта PatientsLikeMe представляет собой систему ценностей, основанных на прозрачности всех сторон процесса, что стимулирует различные взаимовыгодные инициативы, которые были бы немыслимы в системе асимметричного информирования.

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

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

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

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

Руководство через сочетание регламентирования и убеждения

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

Иерархическое руководство не теряет своей актуальности

Зеркальное отображение принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях подразумевает, что риск присутствует во многих аспектах повседневной жизни человека. Это в значительной степени определяет то, как мы формулируем стратегии в сфере здравоохранения и на кого в обществе возлагаем ответственность за здоровье. Если здоровье присутствует повсюду, то любая локализация и любая среда пребывания людей могут либо способствовать хорошему здоровью, либо ставить его под угрозу. В предыдущем разделе, посвященном стратегическому руководству через вовлечение общественности, заинтересованными сторонами в дебатах по вопросам здравоохранения были названы не только производители нездоровых продуктов или веществ, но и те, кто населяет места, где проходит повседневная жизнь и где потребляются эти продукты и вещества. Это означает переход от материальных субъектов и организаций, которые четко определяются как организации здравоохранения, к все увеличивающейся зависимости от стратегической комбинации институциональных механизмов, составляющих структуру общества и формирующих образ жизни людей, и механизмов, регулирующих поведение и доступ к продуктам или модели их потребления.

Типичным примером здесь являются нормы и правила в отношении курения, представляющие собой сдвиг в стратегическом руководстве от индивидуальной ответственности к ответственности общества. Если в середине XX века «еще можно было утверждать, что решение курить или не курить было просто делом личного выбора человека», то к 1980-м и 1990-м годам «растущая база фактических данных о том, что табачный дым вредит и некурящим <...> начала ослаблять традиционные аргументы» (Brandt, 2007). Этот сдвиг изменил всю политику регулирования и привел к культурной трансформации. Сегодня государство не только диктует, кто, где и по какой цене может покупать табачные изделия, но и определяет, где можно

курить. Тем самым оно меняет восприятие курения в культуре и устанавливает новые нормы. Постепенно ограничения на курение распространяются на все социальные сферы: сначала это, как правило, школы и больницы, потом важные общественные места, потом все виды транспорта, потом рестораны и бары, пока, наконец – как в Нью-Йорке – за пределами дома не останется практически ни одного места, где курение было бы разрешено. Законодательство в отношении курения также вводит запреты на рекламу табачных изделий. Первое международное соглашение в сфере здравоохранения – Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака – также регулирует вопросы, связанные с табаком.

Таким образом, здоровье поистине становится делом всех и каждого, как в символическом, так и в практическом смысле: владельцы баров и ресторанов, предприятия розничной торговли, администрация аэропортов и железных дорог – все должны заботиться о здоровье людей. Благодаря приверженности нормам, стандартам и моделям правильного поведения условия повседневной жизни становятся более здоровыми, а законы и правила в одних случаях содействуют изменениям в культурной парадигме, в других следуют за ними (Kickbusch, 2003).

Hill & Lynn (2005), авторы наиболее полного на данный момент обзора литературы по стратегическому руководству, пришли к выводу, что, хотя важность действий государства, связанных с требованиями рынка и наличием всевозможных сетей, и возросла, никоим образом не утратило своего значения иерархическое государственное управление, и роль государства остается, как и раньше, главенствующей. Bell & Hindmoor (2009) отмечают, что в последнее время государства расширили иерархический контроль на национальном и региональном уровне, например в таких сферах, как использование мобильных телефонов, клонирование, Интернет, генетически модифицированные организмы, препараты, повышающие спортивные показатели у спортсменов, экстракорпоральное оплодотворение, скопление транспорта на дорогах, дисбалансы населения, антисоциальное поведение и угроза терроризма. В публикации Dube et al. (2009b) приведена заслуживающая внимания иллюстрация различных вариантов выбора инструментов для реализации политики (рис. 12).

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

В Испании впервые в мире был введен запрет на участие чересчур худых моделей в показах высокой моды в Мадриде. Он вызвал бурю возмущения среди модельных агентств и заставил говорить о перспективе аналогичных запретов в других местах. Моделей с патологически

Рисунок 12. Различные инструменты проведения политики



Источник: Dubé et al. (2009b).

сниженной массой тела не пустили на Мадридскую неделю моды в связи с общественными протестами, связанные с тем, что девочки и молодые женщины стремятся подражать внешнему виду истощенных моделей и в результате страдают от расстройств питания (CNN World, 2006).

Политика ЕС представляет собой яркий пример нового нормативного подхода к стратегическому руководству, которое все в большей степени приобретает следующие черты (Greer & Vanhercke, 2010; Sabel & Zeitlin, 2008):

(а) совещательность (консенсус часто считается предварительным); (b) многоуровневый характер (связывание разных уровней государственного управления – очень важный смысл этого состоит в том, что оно не имеет выраженной иерархической структуры или вообще не имеет никакой иерархии); (с) отход от норм представительной демократии (подотчетность определяется с точки зрения прозрачности и возможности у лиц и организаций равного статуса критически оценивать деятельность властей); (d) сочетание общих рамочных целей, устанавливаемых на более высоких уровнях руководства, и значительной автономии у структур и субъектов более низкого уровня, позволяющей им модифицировать цели в свете приобретаемого опыта; (e) выстраивание политики

на основе отчетности о достигнутых результатах и участия в проведении коллегиальных оценок, при которых полученные результаты сравниваются с результатами, достигнутыми теми, кто использует другие средства для достижения тех же общих целей.

Новые инструменты многоуровневого стратегического руководства и управления

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

В частности, в Европе с 90-х годов XX века наблюдается рост количества многоуровневых соглашений в области регулирования, почти целиком обусловленный новыми властными полномочиями на региональном уровне стратегического руководства. В 1970-х годах, когда Европейское экономическое сообщество формулировало стратегии в отношении торговли и сельского хозяйства, каждые 3 года подписывалось менее 20 соглашений, в то время как в период между 2002 и 2005 гг. было подписано 260 таких соглашений (Bell & Hindmoor, 2009). В ряде случаев на уровне ЕС удавалось вводить в действие регламенты, способствующие укреплению здоровья населения, как меры по защите потребителей, например принятый в 2006 г. регламент об информации о пищевых свойствах и пользе для здоровья, размещаемой на упаковках пищевых продуктов (European Parliament, 2006). В соответствии с ним требовалось «обеспечить, чтобы любое заявление, размещенное на этикетке пищевого продукта или сделанное в ходе представления или маркетинга этого продукта в ЕС, было понятным, точным и основанным на фактических данных, признанных всем научным сообществом». Все большее внимание, которое лоббисты от промышленности уделяют Европейскому парламенту – это прямое свидетельство его растущего влияния и авторитета. Это может иметь значение и для стратегического руководства в интересах здоровья, о чем говорит, в частности, пример 2010 года, когда лобби пищевой промышленности смогло убедить Европейский парламент проголосовать против предложений о том, чтобы заставить производителей пищевых продуктов размещать «светофорные» предупреждения на лицевой части упаковки, помогающие потребителям рассчитать ежедневное потребление соли, сахара и жиров.

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

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

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

Примером являются европейские стратегии борьбы с устойчивостью к антимикробным средствам – проблемой, представляющей собой растущую угрозу общественному здоровью в глобальном масштабе. По оценке, выполненной в 2009 г. совместной рабочей группой Европейского центра профилактики и контроля заболеваний и Европейского агентства по лекарственным средствам, число дополнительных случаев смерти, ежегодно вызываемых в Европе резистентными бактериями, превышает 25 000 (ECDC/EMA Joint Working Group, 2009). Проанализировав политику за последние 15 лет, G. Tomson, J. Pafis и A. Dizeberg (в печати) выяснили, что такие страны, как Дания, Израиль, Нидерланды, Франция, Чили и Швеция вырабатывали и реализовывали на различных уровнях общества практические стратегии для борьбы с резистентностью или ее составляющими. Аналогичным образом в больницах и амбулаторных центрах было введено в действие большое количество программ рационализации применения антибиотиков. Однако для успешной борьбы с устойчивостью к антибиотикам требуется многоплановый подход, в который были бы вовлечены все заинтересованные секторы общества – от Всемирной ассамблеи здравоохранения до аптек и конечных потребителей.

Единая региональная политика в области устойчивости к антимикробным средствам существует в ЕС с конца 1990-х годов и являет собой конкретный пример многоуровневого нисходящего стратегического руководства. В 2002 г. ЕС опубликовал рекомендации об огра-

ничении доступа к системным антибактериальным препаратам и использовании их исключительно по назначению врача. В 18 странах эти рекомендации были введены в действие: антибиотики не продаются без рецепта (либо такие случаи составляют менее 1% от всех продаж). Однако в 8 других странах от 1 до 10% антибиотиков продаются без рецепта, а в Греции этот показатель превышает 15% (Wernli et al., 2011). Часто прочность цепи эффективного многоуровневого стратегического руководства определяется прочностью ее самого слабого звена. Государства все чаще обращаются к многосторонним организациям за помощью в координации ответных мер политики, но без полноценной иерархической системы контроля для реализации политики в пределах страны многостороннее стратегическое руководство часто дает сбой. Например, в случае устойчивости к противомикробным средствам в Европе, если в какой-то одной стране или местности не реализуются стратегии или отсутствуют механизмы эпиднадзора, это ставит под угрозу успех политики во всем регионе.

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

Более мягкие формы государственного контроля: государственное руководство путем убеждения

«Мягкие» элементы нисходящей структуры власти проявились в новых формах социального контракта, когда государство использует свою централизованную власть и ресурсы для стимулирования путем вознаграждения, а не санкций. Так, по Bell & Hindmoor (2009):

...государства используют налоговые стимулы, субсидируют места в детских яслях и внедряют схемы неполной занятости на одной должности для нескольких человек, чтобы поощрять матерей к возвращению на работу. В Мексике, Бразилии и других странах Южной Америки матерям при соблюдении ими оговоренных условий выплачиваются денежные пособия как финансовый стимул к тому, чтобы они принимали питательные добавки, отдавали детей в школу и следили за тем, чтобы дети регулярно проходили медосмотры. Родители получают деньги только в том случае, если они по-настоящему поддерживают порядок в своих собственных делах.

Следующим шагом в этом континууме после вознаграждения за надлежащее поведение является руководство через убеждение, которое не ограничивается только изменением поведения людей с помощью наград и санкций, а имеет целью изменить представления людей о том, как им следует вести себя (Bell & Hindmoor, 2009). Сектор здравоохранения располагает богатым опытом руководства через убеждение и сотрудничества в этом процессе с негосударственными субъектами. Примерами этого являются программы обучения по принципу «равный-равному» в области ВИЧ и программы профилактики ВИЧ-инфекции.

Традиционные иерархические механизмы стратегического руководства становятся более гибкими и адаптивными. Регулирование осуществляется теперь не только по нисходящему вектору – расширяется влияние мягкой силы и мягкого права. Сюда входит и саморегулирование, и растущий интерес к политике подталкивания (nudge), основанной на таких подходах к укреплению здоровья, как подход по принципу «сделать более здоровый выбор более простым». Термин «подталкивание» описывает «любой аспект логической структуры выбора, который предсказуемым образом меняет поведение людей, не запрещая никаких альтернативных вариантов выбора и не вызывая значительных изменений в их экономических стимулах» (Thaler & Sunstein, 2008). Примером этого может служить подход, когда в предприятии общественного питания в качестве гарнира по умолчанию подается салат, а не картофельные чипсы, или в архитектуре государственных учреждений доминирует не лифт, а лестница. Еще один прием для осуществления политики подталкивания – это отсылки о социальных нормах, когда люди обмениваются информацией о том, как поступают в той или иной ситуации другие. В таблице 1 приведены дополнительные примеры, а также указывается различие между подталкиванием и регулированием.

Не всех работников общественного здравоохранения можно будет убедить в ценности подталкивания (Bonell et al., 2011), и следует признать, что нужны дополнительные исследования по оценке эффективности данного подхода. Однако он знаменует собой важный сдвиг в стратегическом руководстве отношении к человеку не только как сугубо рациональному и расчетливому представителю вида *Homo economicus*. Вместо того чтобы использовать стимулы, направленные лишь «на кошелек», политика подталкивания воздействует на людей «в условиях их повседневной жизни, где они учатся, работают, отдыхают и общаются» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986), незаметно влияя на нормы жизни и предлагая психосоциальные стимулы, способные спровоцировать более здоровое поведение или подтолкнуть к отказу от нездоровых привычек.

Руководство через независимые учреждения и экспертные органы

Как уже было описано выше, после 1945 г. возникло много новых подходов к демократии. Так, мониторинговая демократия (Keane, 2009) отличается от предыдущих форм представительной или совещательной демократии тем, что «все сферы общественной и политической жизни начинают тщательно исследоваться и контролироваться не только стандартными механизмами представительной демократии, но и массой не связанных с партией и парламентом и часто никем не избранных органов, функционирующих как на различных уровнях государства, так и за его пределами». Все эти многочисленные новые контролирующие власть

Таблица 1. Примеры мер подталкивания и регулирования

Тема	Подталкивание	Регулирование
Курение	Сделать отказ от курения более заметным с помощью кампаний в СМИ, цель которых – показать, что большинство людей не курят, а большинство курильщиков хотят бросить	Запретить курение в общественных местах
	Снизить количество напоминаний о курении, убрав из поля зрения сигареты, зажигалки и пепельницы	Повысить цены на сигареты
Алкоголь	Подавать напитки в бокалах меньшей емкости	Регулировать цену через акцизы или установление минимальной цены на единицу алкогольной продукции
	Сделать пониженное потребление алкоголя более заметным с помощью кампаний в СМИ, цель которых – показать, что большинство людей не пьют сверх меры	Повысить возрастной ценз для приобретения алкоголя
Характер питания	Специально обозначить места в тележках в супермаркетах, предназначенные для фруктов и овощей	Ограничить рекламу пищевых продуктов в СМИ, нацеленную на детскую аудиторию
	В предприятиях общественного питания предлагать в качестве гарнира по умолчанию салат вместо чипсов	Запретить использование в составе пищевых продуктов промышленно производимых трансжирных кислот
Физическая активность	Сделать доминирующими и более привлекательными в архитектуре общественных зданий лестницы, а не лифты	Из года в год повышать налог на автомобильное топливо
	Повысить общественную заметность езды на велосипеде как средства передвижения, например путем внедрения систем проката городских велосипедов	Создать вокруг школ зоны, в которых запрещено высаживание из автомобилей

Источник: адаптировано из Marteau et al. (2011).

институты различаются настолько широко, что их сложно представить как некое общее явление. Согласно Keane (2009):

Мониторинговые механизмы – это не просто пути предоставления информации. Они функционируют по-разному, на разных фронтах. Некоторые критически отслеживают действия власти главным образом на уровне участия граждан в деятельности государственных органов или органов гражданского общества, другие механизмы обеспечивают мониторинг и критику того, что называется темпами достижения целей политики, а третьи сосредоточены на контроле за результатами политики, достигаемыми государственными или негосударственными организациями. Некоторые из таких новаций могут одновременно действовать по всем трем направлениям. Мониторинговые механизмы также могут иметь разный охват и работать в разных пространственных масштабах (Таблица 4), от организаций «по соседству», действующих на сугубо местном уровне, до глобальных сетей, предназначенных для слежения за теми, чья власть простирается в значительных пределах.

Примеры таких механизмов приведены во вставке 2.

Когда власти канадских провинций Британская Колумбия и Онтарио объявили, что будут созывать собрания граждан для обсуждения вопросов избирательной реформы и демократического обновления, они тем самым ввели в политический процесс новый механизм принятия решений, который, в частности, позволил вовлечь в него больше женщин и создал новый путь трансформирования политики. Методом случайного отбора были составлены списки десятков тысяч граждан в обеих провинциях узнали, которым было предложено участвовать в жеребьевке по формированию собраний граждан. На отборочных встречах в обеих провинциях методом случайного отбора были выбраны 250 человек, которые вошли в состав членов собрания. Они на протяжении многих месяцев (18 месяцев в Британской Колумбии и 9 месяцев в Онтарио) изучали вопрос об избирательной реформе, совещались и, наконец, представили коллективные рекомендации по этому вопросу, которые потом были вынесены на референдум. Хотя общественность отклонила рекомендации собраний о реформировании политической системы, на заседаниях этих собраний было высказано множество интересных идей. По целому ряду актуальных вопросов, представляющих общественный интерес – от здравоохранения до изменения климата и от бедности до ухода за детьми, была дана возможность сделать так, чтобы все канадцы приложили руку к выработке решений (Nguyen, 2009).

Рост невыборных структур

В условиях широкого разнообразия новых демократических механизмов особое значение имеет одна подкатегория, которую Vibert (2007) обозначает как «невыборные структуры» (unelected). Так, акцент на политику на доказательной основе повлек за собой создание таких учреждений, как Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства в Соединенном Королевстве – независимый орган, занимающийся разработкой национальных методических указаний, например в сфере лечения, применения лекарственных средств и качества медико-санитарной помощи, и аналогичная организация в Германии – Институт качества и эффективности медико-санитарной помощи. ЕС также создал ряд специализиро-

Вставка 2. Мониторинговые механизмы

Гражданский «суд»
Коллективное бюджетирование
Диспуты-семинары
Архивы и исследовательские учреждения
Советы по разрешению конфликтов интересов
Железнодорожные суды
Организации по тестированию продукции потребителями
Демократические клубы
Фестивали протеста (инициатива из Республики Корея)
Совещательные опросы
Общественные консультации
Социальные форумы
Блоги
Онлайновые акции гражданского неповиновения
Консультативные советы
«Разговорный караоке» (местные и глобальные дискуссии, транслирующиеся в Интернете в режиме реального времени)
Общественные мемориалы
Возможности для деятельности профессиональных сетей
Условия для проведения встреч с общественностью
«Лок адалат» (народные суды в Индии)
Советы потребителей
Демократические кафе
Саммиты
Советы по подотчетности
Общественные «карточки балльных оценок» (желтые карточки и белые списки)
Тенденция к увеличению количества неправительственных организаций, принимающих письменные уставы и имеющих элемент выборности
Международные уголовные суды
Биорегиональные собрания
Аналитические центры
Механизмы консультаций с членами местных сообществ
Собрания граждан
Всемирная ассоциация парламентариев против коррупции

Вставка 2. (продолжение)

Судебные процессы по защите общественных интересов
Подача петиций в онлайн-режиме
Общественное пикетирование
Глобальные наблюдательные организации
Советы экспертов (такие как Германский совет экономических экспертов)
Глобальные социальные форумы
Неофициальные голосования (например, через СМС-сообщения)
Фокус-группы
Консенсусные конференции
Информационные, консультативные службы и защита конкретных интересов
Конференции в формате «мозговой атаки»
Конституционные сафари (стали известными после использования этого метода разработчиками новой конституции Южной Африки для определения передовой практики)
Методы ненасильственного гражданского сопротивления (сатьяграха)
Онлайновые дискуссионные группы
«Мирные осады»
Независимые религиозные суды
Общественное планирование
Веб-сайты для мониторинга случаев злоупотребления властью (такие как Bully OnLine – британская инициатива по противодействию буллингу на рабочем месте и схожим проблемам)
Опросы общественного мнения на самостоятельно выбранные темы

Источник: Адаптировано из Keane (2009).

ванных организаций на региональном уровне, призванных служить мостом между интересами ЕС, его государств-членов и в итоге самих граждан. Pergamand & Vos (2010) отмечают, что с практической точки зрения широкое распространение учреждений на уровне ЕС можно объяснить многими причинами, главной из которых стала необходимость «отреагировать на рост спроса на информацию, консультации экспертов и координацию на уровне Сообщества, а также снизить нагрузку на Европейскую комиссию, занимающуюся поиском более рациональных и эффективных методов принятия решений». Государства-члены поддерживают эти многоуровневые экспертные организации, во-первых, потому, что они облегчают коллективные действия и улучшают стратегическое руководство без дальнейшего усиления Европейской комиссии, а во-вторых, потому, что «учреждения Европейского союза являются обычно

сетями, работающими на веерной основе, напрямую привлекая партнеров на национальном уровне» (Permanand & Vos, 2010). Некоторые из этих невыборных экспертных органов применяют тщательно продуманные подходы к выяснению и учету мнений общественности и пациентов (например, Общественный совет при Национальном институте здравоохранения и клинического совершенства) (Dolan et al., 2003).

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

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

Многие агентства [ЕС] представляют собой оформление в единую структуру того, что раньше было группой слабо связанных между собой комитетов. Такая структура единого комитета может функционировать независимо и от [Европейской] комиссии, и от государств-членов, хотя это и не означает, что основные комитеты не подвергаются давлению с обеих этих сторон или что их решения никогда не были отражением этого давления – факт, который, в свою очередь, повышает авторитет такой структуры.

Таким образом, принцип действия через создание агентств представляет собой новую форму стратегического руководства в ЕС, которая является отходом от «устоявшегося, нисходящего по своей сути и основанного правила «метода Сообщества» и нацелена на укрепление доверия к процессу принятия научных решений в ЕС и деполитизацию таких процессов, как, например, оценка риска в сфере охраны здоровья (Mossialos et al., 2010).

Невыборные органы также начинают участвовать в стратегическом руководстве в интересах здоровья в странах Европейского региона с более низким уровнем доходов. Например, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией – многостороннее

донорское учреждение, в которое входит целый ряд заинтересованных сторон, – посредством своего странового координационного механизма создал форумы для многочисленных заинтересованных сторон в Болгарии, Румынии и Таджикистане. В задачу этих форумов входит распоряжение инвестициями Глобального фонда в этих странах по аналогии с советом директоров самого Фонда, в который входят представители доноров и государств-получателей помощи, неправительственных организаций, частного сектора (включая компании и фонды) и нуждающихся местных сообществ.

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

Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения

Согласно Fuerth (2009):

Чаще всего человеческие страдания вызваны нашим собственным невежеством, а не изначальной организацией мира природы. Наука и техника – это ступени, которые позволяют нам либо подняться выше и так выйти из этого состояния, либо опуститься еще ниже. На уровне общества мы выражаем наш выбор через стратегическое руководство. Но исходное состояние руководства таково, что по большей части оно близоруко и фрагментарно.

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

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

Системные подходы требуют понимания системы как единого целого, взаимодействий между ее элементами и возможностей для вмешательства. В случае сложных систем понимание системы как единого целого может включать в себя признание степени незнания и ограниченности понимания значения нелинейных зависимостей внутри системы. Например, особую

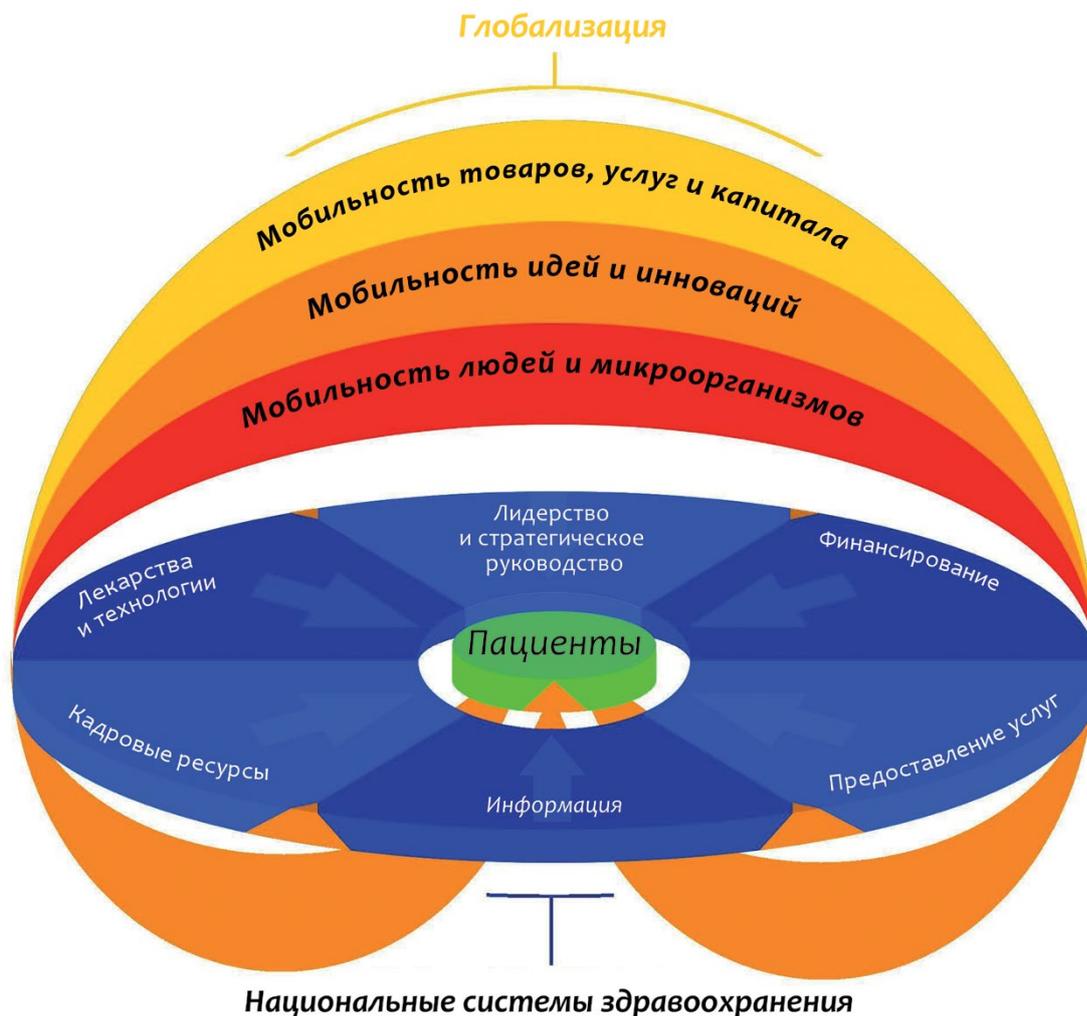
ценность системный подход имеет в сфере обеспечения безопасности детей как участников дорожного движения, «поскольку он отходит от возложения на детей бремени адаптации своего поведения к требованиям безопасности дорожного движения, а признает вместо этого, что при проектировании всей транспортной системы и управлении ею должна быть удовлетворена потребность детей в безопасном передвижении» (WHO and UNICEF, 2008). Каждый год в результате дорожно-транспортных происшествий погибает более 260 000 детей и еще около 10 миллионов получают травмы без летального исхода (WHO & UNICEF, 2008). Предотвращение детского травматизма требует понимания системы и того, как взаимодействуют между собой ее элементы. Для осуществления эффективных вмешательств нужен целый комплекс стратегий, охватывающих множество сфер, таких как дорожное и гражданское проектирование и городское планирование, например снижение и обеспечение соблюдения максимально разрешенной скорости движения и сооружение отдельной инфраструктуры (создание в Малайзии отдельных полос движения, предназначенных только для мотоциклов, позволило снизить количество аварий на 27%), конструирование транспортных средств и устройств обеспечения безопасности, обязательное включение фар транспортных средств в светлое время суток, доступность велосипедных шлемов, законодательные меры и введение стандартов, а также повышение качества образования и развития навыков у детей, родителей и всего общества. Такие системные меры могут усиливаться применением методов опережающего руководства и предвидения (подробнее об этом будет говориться далее), что позволит определять, будут ли предложенные меры политики адекватными в будущих сценариях развития событий, в частности связанных с демографическими изменениями и дальнейшей урбанизацией.

Tomson et al. (в печати) продемонстрировали применение теории сложности для анализа новых нелинейных (непредсказуемых) многоуровневых характеристик систем здравоохранения и предложили рассматривать вопросы здоровья также через призму комплексных адаптивных систем. Эти комплексные взаимоотношения проиллюстрированы на рис. 13.

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

Теория сложности говорит о том, что каверзные проблемы не имеют простых причин или простых решений, и вмешательства в одной сфере могут иметь непредвиденные негативные последствия в другой. Были разработаны стратегии осуществления государственной

Рисунок 13. Схема комплексных взаимосвязей национальных систем здравоохранения



Источник: Tomson (2010).

политики, основанные на теории сложности (Glouberman et al., 2003; Swanson et al., 2009), которые указывают на то, что на сложные адаптивные системы нужно воздействовать с помощью стратегий, которые зеркально отражают характеристики сложности. Процесс принятия решений должен быть децентрализован, и должна иметься возможность создания самоорганизующихся или социальных сетей, позволяющих заинтересованным сторонам быстро и по-новому реагировать на непредвиденные события. Вмешательства должны носить повторяющийся характер и объединять в себе непрерывное обучение, собирание знаний и обмен ими, а также предусматривать механизмы автоматической корректировки политики или инициирования дискуссий. Вмешательства должны способствовать широкому разнообразию стратегий, поскольку применение многочисленных небольших вмешательств раз-

личного типа для решения одной и той же проблемы могут повысить вероятность нахождения оптимального решения (или решений) по сравнению с одним, спускаемым сверху, рационально спланированным подходом. Это особенно важно иметь в виду в условиях, когда стратегическое руководство в интересах здоровья все больше смещается в сторону подходов на основе сотрудничества, участия всего общества и всего государства. Было бы ошибочным истолковывать эти подходы как возврат к спускаемым сверху крупномасштабным инициативам. Сохранение и укрепление устойчивости системы к неблагоприятным внешним воздействиям должно стать одной из неотъемлемых характеристик разумного стратегического руководства в интересах здоровья. Такая устойчивость часто неверно воспринимается лишь как способность системы максимально быстро вернуться к исходному состоянию после системных потрясений. Однако во многих случаях это и невозможно, и нежелательно. Устойчивость не подразумевает сохранения существующей системы в исходном виде, а означает адаптивную способность системы эволюционировать вместе с проблемами – приспособляться к тяжелым обстоятельствам («увертываясь от ударов») – таким образом, чтобы ущерб оставался минимальным.

Swanson et al. (2009) предлагают всеобъемлющую рамочную основу для выработки подобных адаптивных стратегий, состоящую из семи элементов, которые призваны помочь создавать более «ударопрочные» стратегии в мире, полном неопределенностей (рис. 14).

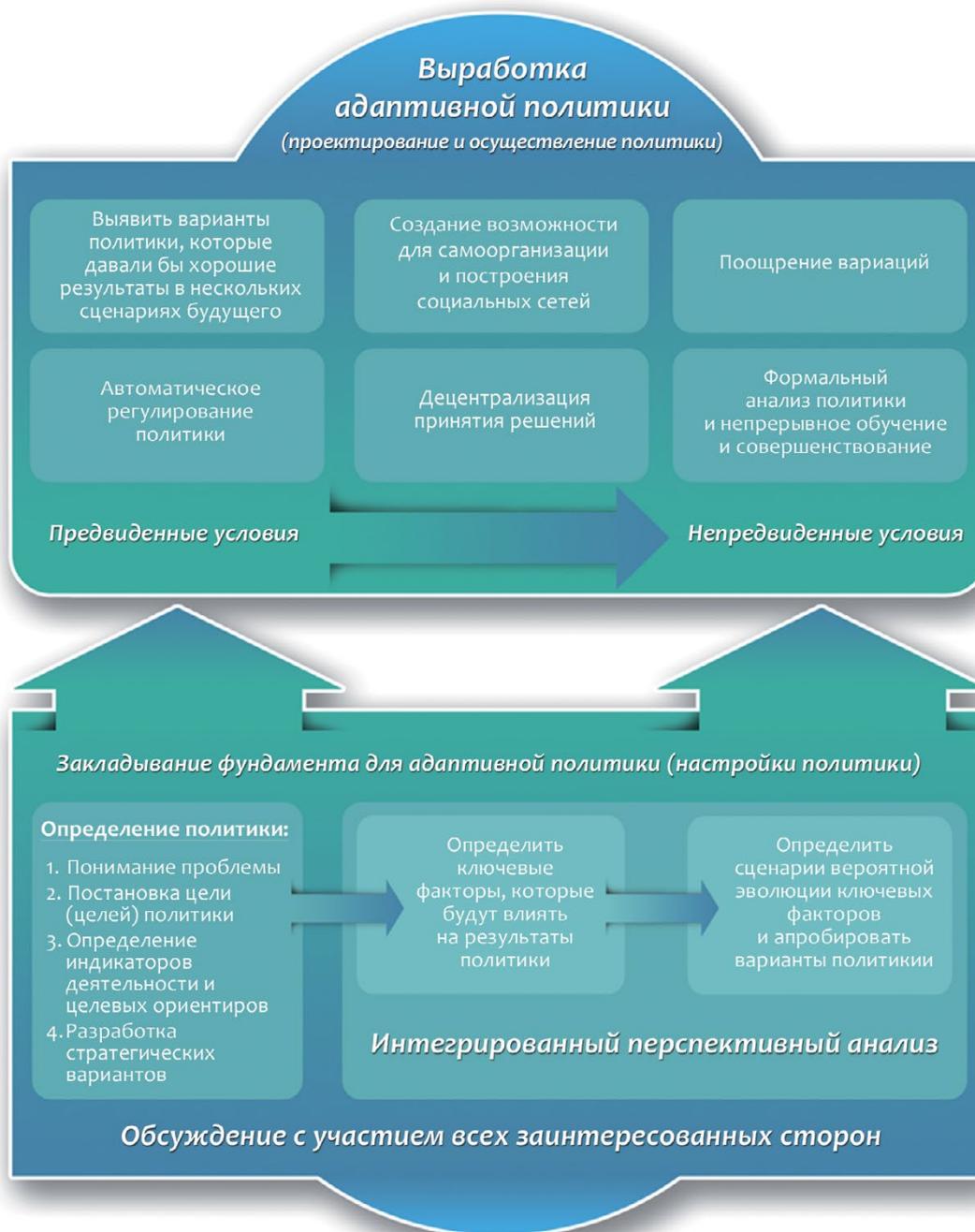
Итак, оптимальный учет сложности означает содействие выработке целостных стратегий, которые позволяют самоорганизацию и создание социальных сетей в сообществах, разрабатывающих и реализующих государственную политику и пользующихся ее плодами, децентрализуют процесс принятия решений до низшего эффективного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

Как осуществлять опережающее стратегическое руководство: интегрированный перспективный анализ

Согласно Swanson et al. (2009):

Выявив ключевые факторы, влияющие на результаты политики, и определив сценарии, по которым эти факторы могут эволюционировать в будущем, можно сделать политику устойчивой к воздействию целого ряда ожидаемых условий и выработать показатели, с помощью которых при необходимости можно будет инициировать внесение в политику важных корректив.

Рисунок 14. Выработка адаптивной политики



Источник: адаптировано из Swanson et al. (2009).

Swanson et al. (2009) описали важность предвидения и т. н. опережающего стратегического руководства (*anticipatory governance*). Предвидением (*foresight*) называется «основанная на чувствительности к слабым сигналам способность предугадать альтернативные варианты будущего и умение наглядно представить их последствия в виде множества возможных исходов». В процессе опережающего стратегического руководства предвидение является необходимым компонентом разработки и реализации политики (Fuerth, 2009). Проведение интегрированного перспективного анализа должно позволить руководителям, разрабатывающим и проводящим политику, лучше «ощущать и осуществлять изменения на пороге важных событий, чтобы как можно больше ослабить угрозы и максимально использовать имеющиеся возможности» (Fuerth, 2009). В отличие от прогнозирования с его крайне детерминистским взглядом на перспективу одного высоковероятного исхода или особой траектории развития событий, опережающее стратегическое руководство направлено на повсеместное укрепление потенциала заинтересованных сторон так, чтобы они могли представить себе множество возможных сценариев будущего, включая и сценарий неведения – «незнания о том, что они чего-то не знают», или «черных лебедей» (редких непредсказуемых событий) – и, не колеблясь, преодолевать неопределенность. Опережающее стратегическое руководство знаменует собой переход от преодоления рисков к ответам на более фундаментальные вызовы, такие как неведение при осмыслении и принятии ответных мер в отношении возможного пути (или путей) развития будущих инноваций и того, как люди в будущем будут жить, трудиться и относиться друг к другу в обществе.

Fuerth (2009) концептуально представил опережающее стратегическое руководство как комплексную систему, состоящую из следующих блоков (подсистем): предвидение, сетевая под система для интеграции предвидения в процессы политики; обратная связь для оценки эффективности деятельности и управления институциональными знаниями; открытая для новых идей институциональная культура. Интегрированный перспективный анализ можно считать дополнением к инициативам по институционализации оценок воздействия на здоровье и к анализу сквозь призму здоровья (Özdemir & Knoppers, в печати).

Сценарии – это мощные инструменты описания возможных сложных проблем будущего, затрагивающих широкий круг заинтересованных сторон. Сценарии могут создаваться усилиями не только экспертов, но и главных действующих субъектов, которым предлагается выявлять основные тенденции, факторы или мотивы к переменам и вместе искать возможные решения. Сценарий развития здравоохранения в мире может во многом облегчить задачи нового стратегического руководства в интересах здоровья. Он может не только способствовать достижению согласия в отношении формулировки проблемы и схемы возможных его решений, но и проиллюстрировать имеющиеся варианты выбора и оптимальных решений для международных и национальных структур, определяющих политику, при наиболее благоприятном сценарии. Сценарий может показать, что сохранение статус-кво невозможно, предложить варианты и решения лицам, принимающим решения, и возложить на них ответственность (в положительном смысле этого слова) за результаты, которые будут видны, когда эти люди уже не будут занимать свои нынешние должности (Raynaud & Jané-Llopis, в печати).

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



6.

Новое стратегическое руководство в интересах здоровья

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

Стратегическое руководство в интересах здоровья является отражением того, как люди строят жизнь в обществе в XXI веке. Государству необходимо менять свои традиционные подходы. Очевидно, что охрана здоровья требует принятия мер на общегосударственном уровне и со стороны министерств здравоохранения. Также признается, что партнерства и участие заинтересованных сторон являются важными механизмами нового стратегического руководства – это выражено в принципе участия всего общества. Ярким примером мышления такого типа являются разделы 11 и 12 Московской декларации, принятой на Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (ВОЗ, 2011):

11. Эффективная профилактика неинфекционных заболеваний и борьба ними требуют лидерства и согласованных общегосударственных действий на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.
12. Эффективная профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними требуют активного и информированного участия и лидерства со стороны отдельных лиц, семей и местных сообществ, организаций гражданского общества, частного сектора, если это необходимо, работодателей, медицинских работников и международного сообщества.

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

Мы сопоставили процессы, происходящие в области здравоохранения, с анализом общих тенденций нового стратегического руководства, и наше мнение совпадает с выводами наиболее полного на сегодняшний день обзора литературы, посвященной теме стратегического руководства (Hill & Lynn, 2005): несмотря на рост стратегического влияния рынка

и всевозможных сетей роль государства остается по-прежнему главенствующей. В сфере здравоохранения государство продолжает играть фундаментальную роль; меняющийся характер здравоохранения обуславливает очевидное, хотя иногда и оспариваемое распространение механизмов регулирования на новые области политики в различных секторах.

Мы согласны с утверждением о том, что сегодня государство изыскивает новые подходы в контексте метаруководства, охватывающего целый ряд функций государственного управления (Bell & Hindmoor, 2009):

...относящихся к поддержке системы руководства, включая надзор за этой системой, управление ею и координацию ее функционирования; выбор и поддержку ключевых участников в структуре руководства; мобилизацию ресурсов; обеспечение такого положения, при котором более широкие системы руководства действуют справедливо и оперативно; принятие главной ответственности за обеспечение демократии и подотчетности.

Число новых механизмов стратегического руководства в интересах здоровья и подходов к его осуществлению растет в геометрической прогрессии на всех уровнях, и в эти механизмы вовлекается все больше различных действующих субъектов. В сфере здравоохранения наблюдается явная тенденция к новым формам сотрудничества и мониторинговой демократии и к увеличению числа уровней ответственности за воздействие на здоровье населения.

Мы согласны с другими в том, что охрана здоровья не может больше считаться сугубо отраслевой задачей, ответственным за выполнение которой является одно единственное министерство. Здоровье является результатом деятельности комплексных адаптивных систем, которые зависят, в первую очередь, от социальных и политических детерминант здоровья. Реализация данного подхода требует усилий от гражданского общества и государства, предпринимаемых по трем основным направлениям:

1. главы государств должны рассматривать вопросы здоровья как один из приоритетов объединенного государственного руководства;
2. во всех секторах и на всех уровнях государственного управления и общества должно признаваться, что здоровье является одновременно и средством достижения их собственных целей, и предметом общесоциальной ответственности;
3. сектор здравоохранения должен признать, что для охраны здоровья требуется усилить лидерство и расширить охват своей деятельности.

Стратегическое руководство в интересах здоровья требует общегосударственного подхода и участия всего общества, а также определения нового положения и новых ролей для министров и министерств здравоохранения. Начинают формироваться новые, переходные формы лидерства.

Новая роль сектора здравоохранения

Роль органов государственного управления и государственных ведомств в охране здоровья далеко не утратила своей важности, и противопоставлять власть государства и власть общества не совсем правильно: это отдельные формы руководства, хотя и в большинстве случаев функционирующие параллельно. Хорошо информированные министерства, способные качественно выполнять свою работу, остаются крайне важными элементами независимо от того, имеет ли их деятельность иерархическую структуру или рассчитана на более подвижные системы коммуникации и сотрудничества. Однако они должны измениться. В условиях череды трансформаций, которые претерпело общество за последние 35 лет, многие государственные органы, включая министерства здравоохранения, не спешат адаптироваться. Слишком много национальных правительств и государственных ведомств продолжают работать «по старинке» и таким образом берут на себя «незавидную роль кочегаров на электричках» (Willke, 2007). Вместо этого, как полагают такие авторы, как Рассет (OECD, 2001), государство должно брать на себя новые функции и принимать участие в решении задач в качестве брокера, катализатора, вдохновителя, учителя и партнера, причем в этих процессах должно быть намного больше участников, они должны быть менее иерархическими. Это также касается министерств здравоохранения и связанных с ними ведомств. В частности, важнейшее значение приобрело взаимодействие с гражданами, в результате чего снова становятся актуальными концепции делегирования инициативы низшим органам власти и действий в интересах здоровья на местном уровне и усиливается роль промежуточных учреждений, которые способствуют широкому участию в дебатах по актуальным вопросам.

Министры здравоохранения, постоянные секретари, статс-секретари и другие чиновники подобного ранга выполняют важные функции в надлежащем стратегическом руководстве в интересах здоровья, возглавляя процесс трансформации в системе государственного управления. Они, в частности:

- создают в пределах своей сферы влияния среду, способствующую развитию сквозных подходов, за рамками территориальной привязки;
- представляют в правительстве интересы охраны здоровья и иницируют межведомственное сотрудничество с поддержкой на министерском уровне;
- используют свои полномочия для обращения к другим действующим субъектам с предложениями о совместных инициативах и создают рамочную основу для принятия решений на микроуровне через политику подталкивания, ориентированную и на общество, и на правительство;
- используя стратегию гражданского общества, стремятся вести диалог с гражданами и инициативными группами на уровне местных общин, чтобы лучше понимать интересы и вклад людей.

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

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

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

В Аделаидском заявлении об учете интересов здоровья во всех направлениях политики (ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия, 2010) сформулированы следующие новые обязанности министерств здравоохранения в поддержку принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях:

- понимание политической повестки дня и административных обязанностей других секторов;
- создание базы знаний и фактических данных по различным вариантам политики и стратегиям;
- сравнительная оценка последствий для здоровья различных вариантов разработки политики;
- систематическое предоставление платформ для проведения диалога и решения проблем совместно с другими секторами;
- оценка эффективности межсекторальной работы и интегрированной разработки политики;
- укрепление потенциала с помощью более эффективных механизмов, ресурсов, административной поддержки и квалифицированных и преданных своему делу кадров.

Полномочия, позволяющие инициировать разумное стратегическое руководство в интересах здоровья, сосредоточены главным образом в руках министерств. Министерства и другие органы здравоохранения должны взять на себя новую роль «метаруководителей взаимоотношениями», отвечающих за укрепление доверия и управление сетями путем улучшения коммуникации в целях сотрудничества. Для укрепления стратегического руководства в интересах здоровья сектору здравоохранения следует осваивать приемы работы в партнерстве с другими секторами, совместно исследовать возможности инноваций в политике, новых механизмов и инструментов и улучшать нормативно-правовую базу. Для этого нужно, чтобы сектор здравоохранения был ориентирован на внешние связи, открыт для взаимодействия с другими и обладал необходимыми знаниями, навыками и полномочиями для осуществления системного подхода к охране здоровья и к приоритетам министерств-партнеров. Это означает также и улучшение координации и поддержки сторонников этого подхода внутри сектора здравоохранения.

Политическое участие и лидерство

Любые изменения требуют лидерства как в сфере государственного управления и в организациях, так и на уровне гражданского общества. Лидерство может проявляться на высшем уровне организации, а может возникать и «снизу», когда планы формируются в гражданском обществе и через СМИ. В сфере здравоохранения способность осуществлять перемены часто обозначается понятием «политическая воля (приверженность)» (political will). Этот термин объединяет много аспектов: политическая воля требует наличия достаточной совокупности политических субъектов, одинаково понимающих суть проблемы, стоящей на повестке дня государственной политики, и желающих поддержать определенное политическое решение, которое всеми признается потенциально эффективным (Post et al., 2010). Сформировать политическую волю бывает непросто. Обычно для этого требуется определенное время, и на этот процесс влияют такие факторы внешнего контекста, как поддержка средствами массовой информации и социальная приемлемость предлагаемых решений. Kingdon (1995) называет три потока в процессе формирования повестки дня, которые должны соединить-

ся, чтобы можно было осуществить изменения в области политики: проблема, политическая деятельность и стратегии.

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

Нуе (2008) подчеркивает, что в XXI веке представление о лидерстве меняется. Он применяет к лидерству свою концепцию мягкой и жесткой силы, рассматривая эффективное лидерство как удачную комбинацию этих двух видов власти, которую он называет разумной властью (*smart power*). Сегодня лидеры – это помощники и посредники: они помогают группе субъектов сформулировать общие задачи и выполнить их. Это важный атрибут стратегического руководства с участием широкого круга заинтересованных сторон, поскольку одним из наиболее ценных навыков лидера считается способность расширить значение слова «мы», чтобы создать тем самым общую цель. Этот принцип лидерства в полной мере отражен в концепции расширения прав и возможностей в отношении укрепления здоровья: она означает предоставление людям возможности улучшать свое здоровье и воздействовать на его детерминанты. Подобное лидерство называется трансформационным, и способность изменить что-либо основывается в нем на задачах, которые служат высшей цели – в нашем случае это улучшение здоровья и благополучия населения как цель всего общества. Такой тип лидерства можно сопоставить с так называемым транзакционным лидерством, в основе которого лежат личные интересы, хотя эти две концепции нельзя считать стоящими абсолютно отдельно. Porter & Kramer (2011) предложили основанную на общей ценности концепцию трансформационного лидерства в сфере охраны здоровья и окружающей среды, а также и в мире бизнеса, не забывая про личные интересы, которые необходимы для ведения бизнеса.

Такое новое лидерство требует целого ряда навыков. Одним из наиболее важных из них является «контекстуальный интеллект» (Mayo & Nohria, 2005), то есть способность распознавать тенденции в условиях сложности адаптируемости и использовать эти тенденции для достижения поставленных целей. Этот навык позволяет лидеру подбирать тактику в соответствии с поставленными целями, а затем в меняющейся обстановке вырабатывать разумные стратегии. Трансформационные лидеры умеют использовать благоприятное стечение обстоятельств, применяя для осуществления изменений комбинацию стратегий жесткой и мягкой силы. В сфере здравоохранения эти навыки необходимо укреплять, поскольку в настоящее время многие технические эксперты в сфере здравоохранения и медико-санитарной помощи, а также руководители общественного здравоохранения не готовы к восприятию политического характера охраны здоровья и к крайне политизированному контексту, в котором принима-

ются решения относительно здравоохранения. Нехватка знаний политических процессов и недостаток политической культуры – это одно из слабых мест министерств здравоохранения и многих организаций, действующих в сфере здравоохранения; министрам и другим высшим руководителям здравоохранения важно обладать политической дальновидностью для продвижения стратегического руководства в интересах здоровья.

Выводы и рекомендации в отношении новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020

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

1. Придание надлежащего значения вопросам здоровья

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

Как уже отмечалось в других дискурсах, посвященных теме измерения социального прогресса не только в терминах валового внутреннего продукта (Stiglitz et al., 2009), хорошее здоровье – это общая цель всего общества, неотъемлемая составляющая благополучия человека, экономического и социального развития и охраны окружающей среды. Это одна из основных составляющих устойчивого развития и надлежащего стратегического руководства. Хотя обязательства в отношении охраны здоровья включены в современные конституции ряда стран, эти обязательства должны по-новому реализовываться на практике таким образом, чтобы стратегическое руководство в интересах здоровья основывалось на правах человека: иными словами, охрана здоровья – это неотъемлемая всеобщая ответственность. Стратегическое руководство в интересах здоровья является обязанностью высших государственных лиц и органов, и необходимо определить четкие задачи относительно инвестиций в эту сферу для различных секторов политики и общества. Это обязательное условие для эффективного воздействия на детерминанты здоровья.

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

2. Политика должна строиться на базе новой системы показателей

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

Все действующие субъекты должны осознать, насколько важно здоровье для повышения качества жизни, производительности труда и способности к обучению, для укрепления семьи и местных сообществ, для поддержки устойчивой среды обитания и окружающей среды, а также для обеспечения безопасности, сокращения бедности и вовлечения всех групп в жизнь общества. Также необходимо признать и степень зависимости здоровья от целого ряда социальных детерминант, неравенств и градиентов. Стратегическое руководство в интересах здоровья тесно связано с управлением рисками, обусловленными глобализацией и модернизацией. Для этого необходимо вооружить действующих субъектов навыками и способностью распознавать и решать общие для всех, сквозные проблемы, такие как охрана здоровья. Следует путем межсекторальных усилий определять оптимальные показатели для мониторинга изменений и прогресса. Систематическое проведение анализа и пересмотра политики, даже когда она дает положительный эффект, позволит государствам повысить устойчивость к непредвиденным внешним воздействиям благодаря своевременному выявлению возникающих проблем. Поэтому крайне важно, чтобы собранные данные и информация, распространяемые между партнерами, были актуальны для всех сторон процесса и доступны для общественности. Важно также расширить спектр материалов, которые считаются приемлемыми фактическими данными, включив в него мнения граждан, благодаря чему они смогут влиять на процесс принятия решений. Повышение общей грамотности общества в отношении здоровья должно идти рука об руку с повышением санитарной грамотности в различных секторах государственного управления.

Политика Здоровье-2020 может помочь странам найти новые меры оценки здоровья и благополучия населения на основании объективных и субъективных данных и принципов социальной справедливости и устойчивости. Следует подумать об использовании новых типов отчетов по вопросам общественного здоровья, с новыми показателями, включая новые инструменты прогнозирования для опережающего стратегического руководства. Политика Здоровье-2020 может также дать толчок определенным систематическим работам, например созданию центра по сбору, классификации и распространению информации с целью получения надежных фактических данных о воздействии широкого ряда стратегий на здоровье и воздействии здоровья на другие стратегии.

3. Организационно закрепленные процессы для реализации общегосударственных подходов

Для стимулирования межсекторального сотрудничества, компенсации неравномерностей в распределении власти и успешного решения вопросов здоровья и благополучия населения, нужны официально утвержденные общегосударственные структуры и процессы.

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

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

4. Инновационные партнерства для реализации принципа участия всего общества

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

Вследствие того, что системы государственного управления взаимодействуют с третьими сторонами из гражданского общества и частного сектора, их нередко изображают «размытыми» – иными словами, они отвечают за регулирование работы секторов, которых они больше не могут контролировать и которых они не знают. Однако на самом деле благодаря взаимодействию с третьими сторонами системы государственного управления укрепляют свою легитимность, генерируют дополнительный социальный капитал, добиваются того, что

осуществляемая ими политика отражает местные нужды, и получают доступ к таким ценным ресурсам, как знания и опыт, легитимность и контакты третьих сторон³ (Bell & Hindmoor, 2009).

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

5. Приверженность принципам «информированный гражданин» и гражданского участия

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

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

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

³ Под первой стороной понимаются выборные деятели, вырабатывающие политику, и законодатели, а под второй стороной – организации и администраторы в государственном секторе.

6. Глобальная перспектива

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

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

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

7. Ориентация Регионального бюро на работу с широким кругом партнеров, инновации и оказание поддержки

Сектор здравоохранения может поддерживать другие секторы государственного управления путем оказания им помощи в определении стратегий и достижении целей.

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

8. Совместная приверженность инновационным методам стратегического руководства

В контексте политики Здоровье-2020 государства-члены и Европейское региональное бюро ВОЗ должны:

- осуществлять оценку и мониторинг прогресса в области стратегического руководства в интересах здоровья в Европейском регионе: на основании результатов данного исследования выработать индикатор инновационности в стратегическом руководстве в интересах здоровья с ориентацией на общегосударственный подход и принцип участия всего общества и каждые два года представлять на рассмотрение Европейского регионального комитета ВОЗ доклад об инновациях в стратегическом руководстве в интересах здоровья;
- рассмотреть возможность создания многопрофильного Европейского института стратегического руководства в интересах здоровья, который, как и недавно созданный по инициативе Союза южноамериканских государств Южноамериканский институт стратегического руководства здравоохранением (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud), будет выполнять роль центра информационно-методических ресурсов, помогающего государствам Европейского региона ВОЗ переориентировать свои системы государственного управления на разумное стратегическое управление в интересах здоровья. С этой целью институт будет способствовать развитию лидерства, организовывать политические дебаты, осуществлять подготовку специалистов и проводить научные исследования совместно с национальными институтами по многим дисциплинам.



Благополучие (well-being) – переживание людьми положительных и отрицательных эмоций, чувство удовлетворенности, жизнестойкость, способность восстанавливать физические и душевные силы, самоуважение и ощущение цели и смысла жизни. Социальное благополучие имеет два основных компонента: отношения поддержки и помощи и чувство доверия и принадлежности к сообществу. Вместе они составляют картину того, к чему стремится каждый человек, – успешной и счастливой жизни (New Economics Foundation, 2011).

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

Государственная политика, учитывающая интересы здоровья (healthy public policy) – характеризуется твердо выраженной заботой о здоровье и социальной справедливости во всех областях политики, а также ответственностью за последствия принимаемых мер для здоровья людей. Основная цель заключается в том, чтобы создать благоприятствующую среду, позволяющую людям вести здоровую жизнь, и сделать выбор здоровых альтернатив возможным или более легким для граждан (ВОЗ, 1998 г.).

Каверзные проблемы (wicked problems) – образный термин для обозначения проблем, чрезвычайно трудно поддающихся разрешению. Для успешного решения каверзных стратегических проблем или хотя бы для противодействия им требуется заново оценивать некоторые традиционные методы работы. Эти проблемы бросают вызов структурам руководства, базе умений и навыков и организационному потенциалу. Первым шагом должно быть признание самого факта наличия каверзных проблем. Их успешное преодоление требует широкого признания и понимания правительством и министрами того факта, что здесь нельзя рассчитывать на быстрый успех или простые решения.

Легитимность (legitimacy) – обобщенное представление о том, что действия какой-либо организации-субъекта права являются желательными, правильными или правомерными в рамках некоторой выработанной обществом системы норм, ценностей, убеждений и определений (Suchmann, 1995). Легитимность зависит от уровня ее признания различными непосредственными и внешними заинтересованными сторонами. Важными факторами

для создания необходимого для легитимности доверия являются представительство, открытость для участия и прозрачность. Кроме того, легитимность зависит от способности вовлечь заинтересованные стороны в содержательный диалог, в котором они ощущают себя полноправными хозяевами и видят возможность получения выгод, для чего требуются полная гласность, открытость и уважительное отношение. Для начинающих формироваться процессов с участием многих заинтересованных сторон может возникнуть серьезная угроза, если партнеры не будут регулярно отслеживать транспарентность восприятий и ожиданий участников (Burger & Mayer, 2003; Vallejo & Hauselmann, 2004)

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

Метаруководство (meta-governance) – охватывает весь спектр функций, которые принимает на себя правительство в отношении поддержки системы руководства и которые включают: надзор за системой руководства, управление ею и координацию ее функционирования; отбор и поддержку ключевых участников в структуре руководства; мобилизацию ресурсов; обеспечение справедливых и оперативных действий более широких систем руководства; принятие главной ответственности за обеспечение демократии и подотчетности (Bell & Hindmoor, 2009).

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

Общегосударственный подход (whole-of-government approach) – рассредоточение стратегического руководства по вертикали, то есть по всем уровням государственного управления и сферам руководства, и по горизонтали – по всем секторам. Общегосударственные мероприятия носят многоуровневый характер, от местного до глобального масштаба, и в них все в большей мере вовлекаются группы, не входящие в систему государственного управления. Общегосударственный подход часто направлен на компенсацию заметных дефектов командно-административного управления со стороны центра путем внедрения новой организационной структуры и реорганизации для решения какой-либо приоритетной задачи или достижения общих целей. 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, ориентированной на всеобщие социальные цели, которых стремится достичь государство. Примером общегосударственного подхода является принцип учета интересов

здоровья во всех стратегиях, направленный на то, чтобы стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия было приоритетом не только для сектора здравоохранения, но и для других секторов; принцип работает в обоих направлениях: учет влияния различных секторов на здоровье и учет влияния факторов здоровья на соответствующие секторы.

Общественное здравоохранение (public health) – наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, принимаемых обществом (Acheson, 1988).

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

Политика подталкивания (nudge policy) – 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).

Предвидение (foresight) – основанная на чувствительности к слабым сигналам способность предугадать альтернативные варианты будущего и умение наглядно представить их последствия в виде множества возможных исходов (Fuerth, 2009).

Принцип участия всего общества (whole-of-society approach) – в основе данного принципа лежит расширение общегосударственного подхода с дополнительным вниманием к роли частного сектора, гражданского общества и политических руководителей, таких как депутаты парламентов. Сети по выработке и реализации политики, возникшие в системе государственного управления, все чаще выходят за рамки этой системы и включают других действующих субъектов в обществе, например при рассмотрении таких многоаспектных и сложных для решения проблем, как ожирение (Dubé et al., 2009) и готовность к пандемиям (ВОЗ, 2009). 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. 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. Данный принцип – это форма коллективного стратегического руководства, в котором придается особое внимание координации путем использования нормативных ценностей и построения доверия среди широкого круга различных действующих сил.

Разумное стратегическое руководство (smart governance) – один из способов обозначения масштабных институциональных адаптаций, наблюдаемых в государственных и международных организациях в условиях растущей взаимозависимости. В обществе знаний решения в области политики, которые принимаются исключительно исходя из нормативных соображений, уступают место решениям, принимаемым на основе фактических данных. В то же время принятие решений требует применения новых способов преодоления и учета неопределенностей, которых бывает предостаточно, когда знания (которые всегда рождают вопросы, всегда пересматриваются) занимают место преобладающих ценностей в качестве основы власти. Термин «разумное стратегическое руководство», предложенный Willke (2007), – это «краткое обозначение совокупности принципов, факторов и потенциалов, которые образуют определенную форму стратегического руководства, способную адаптироваться к условиям и крайностям, характерным для общества знаний».

Руководство здравоохранением (health governance) – действия и средства, к которым прибегает общество для организации своей деятельности по укреплению и охране здоровья населения (Dodgson et al., 2002).

Система здравоохранения (health system) – совокупность мероприятий, основная цель которых заключается в том, чтобы укреплять, восстанавливать и поддерживать здоровье (ВОЗ, 2000).

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

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

(Социальная) справедливость в отношении здоровья (health equity) – отсутствие систематических неравенств в отношении здоровья (или по основным социальным детерминантам здоровья) между группами населения, находящимися в разных исходных благоприятных или неблагоприятных социальных условиях, таких как материальное благосостояние, власть или престиж. Несправедливости в отношении здоровья систематически ставят группы людей, которые уже находятся в менее благоприятных социальных условиях (например, в силу своей бедности, принадлежности к женскому полу или к той или иной расовой, этнической или религиозной группе), в еще более неблагоприятное положение в отношении их здоровья (Braveman & Gruskin, 2003).

Социальные детерминанты здоровья (social determinants) – условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, включая систему здравоохранения. Эти обстоятельства формируются в зависимости от распределения денежных средств, властных полномочий и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях, которые, в свою очередь, находятся под влиянием проводимых мер политики. Социальные детерминанты здоровья, главным образом, лежат в основе несправедливостей в отношении здоровья, то есть дискриминационных, но предотвратимых различий в показателях здоровья, наблюдаемых в странах и между странами (Комиссия по социальным детерминантам здоровья, 2008).

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

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

Укрепление здоровья (health promotion) – процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986).

Учет интересов здоровья во всех стратегиях (направлениях политики) (health in all policies) – стратегия, направленная на укрепление связи между охраной здоровья и политикой других секторов; согласно этой стратегии, необходимо рассматривать, какое влияние на здоровье оказывает политика в любых областях, таких как, например, сельское хозяйство, образование, охрана окружающей среды, финансы, жилищное обеспечение и транспорт. Цель данного подхода состоит в том, чтобы с помощью структур, механизмов и практических действий, планируемых и организуемых главным образом в секторах за пределами здравоохранения, обеспечить улучшение здоровья населения и одновременно содействовать повышению уровня благополучия и благосостояния стран (Wismar et al., 2007).

Библиография

- ВОЗ (1946). *Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- ВОЗ (1978). *Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- ВОЗ (1997). *Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-м столетии. Четвертая международная конференция по укреплению здоровья: новые действующие лица для новой эры, Джакарта, 21–25 июля 1997 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_ru.pdf, по состоянию на 27 декабря 2013 г.).
- 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.).
- ВОЗ (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/whr/2000/en/whroo_ru.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- ВОЗ (2003) *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/fctc/ru/index.html>, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- 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.).
- ВОЗ (2011). *Московская декларация. Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- ВОЗ и Правительство штата Южная Австралия (2010). *Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики»*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/russian_adelaide_statement_for_web.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (1948). *Всеобщая декларация прав человека*. Париж, Организация Объединенных Наций (<http://www.un.org/ru/documents/udhr>, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (1966). *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml, по состоянию на 15 января 2014 г.).

- Европейское региональное бюро ВОЗ (1985). *Задачи по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Региональные задачи в поддержку региональной стратегии достижения здоровья для всех*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 1).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (1986). *Оттавская хартия по укреплению здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2004). Рачиоппи Ф. и др. *Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87566/E82659R.pdf, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2007). *План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e91153R.pdf>, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- Комиссия по социальным детерминантам здоровья (2008). *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html, по состоянию на 15 января 2014 г.).
- ПРООН (2011). *Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех*. Пер. с англ. Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All. М.: Издательство «Весь Мир»
- Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и ВОЗ (2008). *Право на здоровье*. Женева, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (Изложение фактов № 31; <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>, по состоянию на 30 декабря 2013 г.).
- Acheson D (1988). *Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health functions*. London, H.M. Stationery Office:289.
- African Development Bank Group (2009). *Checklist for gender mainstreaming in governance programmes*. Abidjan, African Development Bank Group (<http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Checklist%20for%20Gender%20Mainstreaming%20in%20Governance%20Programmes%20EN.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Aizcorbe A, Retus B, Smith S (2008). *Toward a health care satellite account. Survey of Current Business*, 88:24–30.
- American Beverage Association (2010). *Alliance school beverage guidelines: final progress report*. Washington, DC, American Beverage Association.
- Andersson E (in press). *Engagement in health: what role for the public and patients?* In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.

- Ansell C, Gash A (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18:543–571.
- (Australian) Management Advisory Committee (MAC) (2004). *Connecting government: whole of government responses to Australia's priority challenges*. Canberra, Commonwealth of Australia (<http://www.apsc.gov.au/mac/connectinggovernment.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Barabas J (2004). How deliberation affects policy opinions. *American Political Science Review*, 98:687–701.
- Beck U (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London, Sage.
- Bell S, Hindmoor A (2009). *Rethinking governance: the centrality of the state in modern society*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Birkavs V, McCartney C (2011). Policies for shared societies: their contribution to well-being and economic performance. In: *Challenge Europe: growth, well-being and social policy in Europe: trade-off or synergy?* Brussels, European Policy Centre:20–26.
- Bonell C et al. (2011). One nudge forward, two steps back. *British Medical Journal*, 342:d401.
- Brandt AM (2007). *The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. New York, Basic Books.
- Braveman P, Gruskin S (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254–258.
- Bryson JM, Crosby BC, Stone MM (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66:44–55.
- Bull B, McNeill D, eds. (2007). *Development issues in global governance*. London, Routledge.
- Burger D, Mayer C (2003). *Making sustainable development a reality: the role of social and ecological standards*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Butler-Jones D (2008). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada, 2008: addressing health inequalities*. Ottawa, Minister of Health (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Capewell S et al. (1999). Effects of the Heartbeat Wales programme. *British Medical Journal*, 318:1072.
- Cashore B (2002). Legitimacy and the privatisation of environmental governance: how non-state market driven (NSMD) governance systems gain rule making authority. *Governance*, 15:503–529.
- Children's Hospital Boston (2012a). *MedWatcher: track medication safely from your iPhone*. Boston, Children's Hospital Boston (<http://www.healthmap.org/medwatcher>, accessed 30 May 2012).
- Children's Hospital Boston (2012b). *Outbreaks near me*. Boston, Children's Hospital Boston (<http://www.healthmap.org/outbreaksnearme>, accessed 30 May 2012).
- Christensen T, Laegreid P (2007). The whole of government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67:1059–1066.
- CNN World (2006). *Skinny models banned from catwalk*. Atlanta, Cable News Network (http://articles.cnn.com/2006-09-13/world/spain.models_1_association-of-fashion-designers-skinny-models-pasarela-cibeles?_s=PM:WORLD, accessed 30 May 2012).
- Commission on Global Governance (1995). *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press.
- Conklin J (2006). Wicked problems and social complexity. In: *Dialogue mapping: building shared understanding of wicked problems*. New York, Wiley.

- Coulter A (2005). What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal*, 331:1199.
- Council of the European Union (2006a). *Council conclusions on health in all policies (HiAP). Proceedings of the 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006*. Brussels, Council of the European Union (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/91929.pdf, accessed 30 May 2012).
- Council of the European Union (2006b). *Council conclusions on common values and principles in European Union health systems*. Brussels, Council of the European Union.
- Crawford A (2006). Networked governance and the post-regulatory state? *Theoretical Criminology*, 10:449–479.
- Cullbridge Marketing and Communications (2011). Tools of change: proven methods for promoting health, safety and environmental citizenship [web site]. Ottawa, Cullbridge Marketing and Communications.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Davis RM (1998). Healthy People 2010: national health objectives for the United States. *British Medical Journal*, 317:1513–1517.
- de la Chapelle B (2008). Multi-stakeholder governance: emergence and transformational potential of a new political paradigm. In: Helbing D, ed. *Managing complexity: insights, concepts, applications*. Berlin, Springer.
- Dodgson R, Lee K, Drager N (2002). *Global health governance: a conceptual review*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf, accessed 30 May 2012).
- Dolan P, Tsuchiya A, Wailoo A (2003). NICE's citizen's council: what do we ask them, and how? *Lancet*, 362:918–919.
- Dubé L et al. (2009a). *Building convergence: toward an integrated health and agri-food strategy for Canada*. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute (http://www.capi-icpa.ca/pdfs/BuildingConvergence_Summary.pdf, accessed 30 May 2012).
- Dubé L, Thomassin P, Beauvais J (2009b). *Whole-of-society approach to policy development and implementation: building convergence and driving change on the ground*. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute. (<http://www.capi-icpa.ca/converge-full/eight.html>, accessed 30 May 2012).
- ECDC/EMEA Joint Working Group (2009). *The bacterial challenge: time to react*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control and European Medicines Agency (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf, accessed 30 May 2012).
- European Commission (2009). *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. GDP and beyond: measuring progress in a changing world*. Brussels, European Commission.
- European Commission (2010). *Communication from the Commission: Europe 2020 – a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm, accessed 30 May 2012).

- European Parliament (2006). Regulation (EC) No. 1924/2006 of the European Parliament and the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods. *Official Journal of the European Communities*, L 404 (30 December):9.
- Federal Interagency Workgroup (2010). *Healthy People 2020 framework*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services (<http://www.healthypeople.gov/2020/consortium/HP2020Framework.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Fidler A, Szabó T (in press). Bridging the gap: governance challenges for the health sector in the countries of central and eastern Europe and the former Soviet Union. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- Finegood D, Merth T, Rutter H (2010). Implications of the foresight obesity system map for solutions to childhood obesity. *Obesity*, 18:S13–S16.
- Frederickson GH (2005). Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, eds. *The Oxford handbook of public management*. Oxford, Oxford University Press.
- Fuerth LS (2009). Foresight and anticipatory governance. *Foresight*, 11(4):14–32.
- Georgia Health Policy Center (2008). *Finding the voice of public health in the national health reform dialogue: an integrative model for health system transformation*. Atlanta, Georgia State University.
- Glouberman S et al. (2003). *A toolbox for improving health in cities: a discussion paper*. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.
- Government of Australia (2007). *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Australian Public Service Commission (<http://www.apsc.gov.au/publications07/wickedproblems.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Government of Northern Ireland (1999). *Professional policy making for the twenty first century*. Belfast, Government of Northern Ireland (<http://ctpr.org/wp-content/uploads/2011/03/Professional-Policy-Making-for-the-21st-Century-1999.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Graham J, Amos B, Plumptre T (2003). *Principles of good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance.
- Greer SL, Vanhercke B (2010). The hard politics of soft law: the case of health. In: Mossialos E et al., eds. *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Grefe C, Schnabel U (2011). “Wir müssen zukunfts offen bleiben”. *Zeit Online*, 21 (<http://www.zeit.de/2011/21/Energie-Ethikkommission>, accessed 30 May 2012).
- Health Canada (2000). *Intersectoral action toolkit*. Ottawa, Health Canada.
- Health Council of Canada (2007). *ActNow BC supports healthy lifestyles*. Ottawa, Health Council of Canada (<http://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/ActNow%20BC%20supports%20healthy%20lifestyles.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Hernández-Aguado I, Parker LA (2009). Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer:23–66.
- Hill C, Lynn LE (2005). Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15:73–96.

- Hocking J (2005). Liberty, security and the state. In: Saunders P, Walter S, eds. *Ideas and influence: social science and public policy in Australia*. Sydney, UNSW Press.
- Holzer M et al. (2010). *Prague e-governance: a study of best practices*. Newark, NJ, E-Governance Institute, National Center for Public Performance.
- Hood C (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 63:3–19 (http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf, accessed 30 May 2012).
- Hooghe L, Marks G (2003). Unravelling the central state, but how? Types of multi-level governance. *American Political Science Review*, 97:233–243.
- Huxham C (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5:401–423.
- Imperial M (2005). Using collaboration as a governance strategy: lessons from six watershed management programs. *Administration and Society*, 37:281–320.
- Institute of Medicine (2011). *For the public's health: revitalizing law and policy to meet new challenges*. Washington, DC, National Academy of Sciences.
- Institute of Transport Economics (2002). *CBA of cycle track network in Norwegian cities*. Oslo, Institute of Transport Economics (TØI-report 567/2002) A 38(8):592–605.
- International Association for Public Participation (2004). *IAP2 public participation spectrum*. Wollongong, Australia, International Association for Public Participation Australasia.
- International Food and Beverage Alliance (2009). *Progress report to Dr. Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization on the International Food and Beverage Alliance's five commitments to action under the 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, International Food and Beverage Alliance.
- International Food and Beverage Alliance (2011). *The International Food and Beverage Alliance's five commitments to action in support of the World Health Organization's 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, International Food and Beverage Alliance.
- Jenson J (2009). Making sense of contagion: citizenship regimes and public health in Victorian England. In: Hall P, Lamont M, eds. *Successful societies: how institutions and culture affect health*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Jessop B (2002). *Governance and metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony*. Lancaster, Department of Sociology, Lancaster University (<http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/jessop-governance-and-metagovernance.pdf>, accessed 30 May 2012).
- John F. Kennedy Presidential Library and Museum (1968). *Remarks of Robert F. Kennedy at the University of Kansas, March 18, 1968*. Boston, John F. Kennedy Presidential Library and Museum.
- Jonas H (1985). *The imperative of responsibility: search of an ethics for the technological age*. Chicago, University of Chicago Press.
- Kailas A, Chong CC, Watanabe F (2010). From mobile phones to personal wellness dashboards. *IEEE Pulse*, 7/8:57–63.
- Kamel Boulos MN (in press). Social media and Web 2.0: how will they impact governance for health? In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- Keane J (2003). *Global civil society?* Cambridge, Cambridge University Press.
- Keane J (2009). *The life and death of democracy*. New York, Simon and Schuster.
- Keohane RO, Nye J (1989). *Power and interdependence*. 2nd ed. Cambridge, MA, HarperCollins.

- Kickbusch I (2003). Perspectives in health promotion and population health. *American Journal of Public Health*, 93:383–388.
- Kickbusch I (2007). Health governance: the health society. In: McQueen D, Kickbusch I, eds. *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York, Springer.
- Kickbusch I (2010). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal governance. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *British Medical Journal*, 342:d3154.
- Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- Kingdon JW (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. New York, Addison Wesley Longman.
- Klijn EH (2005). Networks and inter-organizational management: challenging, steering, evaluation, and the role of public actors in public management. In: *The Oxford handbook of public management*. Oxford, Oxford University Press.
- Klijn EH (2009). Trust in governance networks: looking for conditions for innovative solutions and outcomes. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.
- Klinke A, Renn O (2006). Systemic risks as challenge for policy making in risk governance. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, 7(1):33.
- Kloprogge P, van der Sluijs (2006). The inclusion of stakeholder knowledge and perspectives in integrated assessment of climate change. *Climatic Change*, 75:359–389.
- Kuhn T (1962). *Structure of scientific revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.
- Labonte R et al. (2004). *Fatal indifference: the G8, Africa and global health*. Ottawa, Juta Academic.
- Mackenbach J et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358:2468–2481.
- Marteau TM et al. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 342:d228.
- Mayo AJ, Nohria N (2005). *In their time: the greatest business leaders of the twentieth century*. Boston, Harvard Business School Press.
- McQuaid RW (2009). Theory of organizational partnerships: partnership advantages, disadvantages and success factors. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.
- McQueen D (in press). Value base, ethics and key challenges of health governance for health protection, health promotion and disease prevention. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- Meeting of Minds European Citizens' Panel (2006). *European citizens' assessment report: complete results*. Brussels, Meeting of Minds Partner Consortium.
- Michalski W, Miller R, Stevens B (2001). Governance in the 21st century: power in the global knowledge economy and society. In: OECD, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation

- for Economic Co-operation and Development:7–26.
- Ministry of Education, Finland (2008). *The Finnish Government's Child and Youth Policy Programme 2007–2011*. Helsinki, Ministry of Education.
- Moore M, Hartley J (2009). Innovations in governance. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.
- Moss C, Schmitz A, Schmitz T (2006). First-generation genetically modified organisms in agriculture. *Journal of Public Affairs*, 6:46–57.
- Mossialos E et al., eds. (2010). *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Mulgan R (2000). Accountability: an ever-expanding concept? *Public Administration*, 78:555–573.
- Murthy NRN (2011). Corporate connections: the value of private sector partnerships. *Harvard International Review*, Spring:69–73.
- Nestle M (2007). *Food politics: how the food industry influences nutrition and health*. Revised and expanded edition. Berkeley, University of California Press.
- New Economics Foundation (2011). *Measuring our progress: the power of well-being*. London, New Economics Foundation (http://www.wikiprogress.org/images//Measuring_our_progress_webReady.pdf, accessed 30 May 2012).
- Nguyen C (2009). *A woman's place is at the policy table ... and how citizens' assemblies are helping make that happen*. Ottawa, Canadian Women's Health Network (<http://www.cwhn.ca/en/node/39372>, accessed 30 May 2012).
- Nye J (2008). *The power to lead*. Oxford, Oxford University Press.
- Nye J (2011). *The future of power*. New York, PublicAffairs.
- Nye J, Kamarck EC (2002). *Governance.com: democracy in the information age*. Washington, DC, Brookings Institute Press.
- OECD (2001). *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2010). *Meeting of the Health Committee at Ministerial Level: final communiqué*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/4/55/46163626.pdf>, accessed 30 May 2012).
- OECD (2012). Public governance [web site]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_2649_37405_1_1_1_1_37405,00.html, accessed 30 May 2012).
- OECD Global Science Forum (2009). *Applications of complexity science for public policy: new tools for finding unanticipated consequences and unrealized opportunities*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Orr R (2011). UN Innovation: a business model for solving global problems. *Harvard International Review*, Spring:64–68.
- Osborne SP (2009). The (new) public governance: a suitable case for treatment? In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.

- Özdemir V, Knoppers BM (in press). From government to anticipatory governance: responding to the challenges of innovation and emerging technologies. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- Paquet G (2001). The new governance, subsidiarity and the strategic state. In: OECD, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- PatientsLikeMe (2012). PatientsLikeMe [web site]. Cambridge, MA, PatientsLikeMe (<http://www.patientslikeme.com>, accessed 30 May 2012).
- Peake S et al. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization.
- Permanand G, Vos E (2010). EU regulatory agencies and health protection. In: Mossialos E et al., eds. *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Peters BG (2001). *The future of governing*. Lawrence, University Press of Kansas.
- Pettersson B (2010). Health in all policies across jurisdictions – a snapshot from Sweden. *Public Health Bulletin South Australia*, 7(2):17–20.
- Poguntke T, Webb P (2005). The presidentialization of politics in democratic societies: a framework for analysis. In: Poguntke T, Webb P, eds. *The presidentialization of politics: a comparative study of modern democracies*. Oxford, Oxford University Press:1–25.
- Porter M, Kramer M (2011). Creating shared value. *Harvard Business Review*, 89(1/2):62–77.
- Post LA, Raile ANW, Raile ED (2010). Defining political will. *Politics and Policy*, 38:653–676.
- Public Health Agency of Canada et al. (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf, accessed 30 May 2012).
- Puska P et al., eds. (1995). *The North Karelia project: 20 year results and experiences*. Helsinki, National Public Health Institute.
- Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.
- Raynaud O, Jané-Llopis E (in press). Partnering for health governance transformation. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- Reither EN, Olshansky SJ, Yang Y (2011). New forecasting methodology indicates more disease and earlier mortality ahead for today's younger Americans. *Health Affairs (Millwood)*, 30:1562–1568.
- Rhodes RAW (2000). Governance and public administration. In: Pierre J, ed. *Debating governance: authority, steering, and democracy*. Oxford, Oxford University Press.
- Riklin A (2006). What Montesquieu could not have known yet: reflections on a revision of the separation of powers theory. *Ancilla Iuris*, 20.
- Robertson J (2003). *The economic costs of infectious diseases*. Canberra, Parliament of Australia (Research Note No. 36 2002–03; <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rn/2002-03/03rn36.htm>, accessed 30 May 2012).
- Roll Back Malaria Partnership (2010). Roll Back Malaria (RBM) Partnership publications and multimedia resources [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.rollbackmalaria.org/multimedia/index.html>, accessed 5 January 2012).

- Rosenberg CE (1962). *The cholera years; the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago, University of Chicago Press.
- Ruger JP (2010). *Health and social justice*. Oxford, Oxford University Press.
- Sabel CF, Zeitlin J (2008). Learning from difference: the new architecture of experimentalist governance in the European Union. *European Law Journal*, 14:278–280.
- Salamon LM, ed. (2002). *The tools of government*. Oxford, Oxford University Press.
- Sandel MJ (2010). *Justice: what's the right thing to do?* London, Penguin Books.
- San Ramon Valley Fire Department (2012). *Fire department iPhone App 2.0*. San Ramon, San Ramon Valley Fire Department (<http://firedepartment.mobi>, accessed 30 May 2012).
- Scharpf FW (1994). Games real actors could play: positive and negative co-ordination in embedded negotiations. *Journal of Theoretical Politics*, 6(1):27–53.
- Scharpf FW (2002). The European social model. *Journal of Common Market Studies*, 40:645–670.
- Schneider M et al. (2010). *Foundations, methodology, and selected results of a satellite account for the German health economy*. Augsburg, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH.
- Scottish Government (2009). *Recipe for success – Scotland's National Food and Drink Policy*. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/06/25133322/2>, accessed 30 May 2012).
- Senden L (2005). Soft law, self-regulation and co-regulation in European law: where do they meet? *Electronic Journal of Comparative Law*, 9.1.
- Skogan WG et al. (2008). *Evaluation of CeaseFire-Chicago*. Chicago, Northwestern University.
- Slama K (2005). From evidence to practice: tobacco control effectiveness. *Promotion and Education*, 12(Suppl. 1):28–32.
- Sorenson E (2006). Metagovernance: the changing role of politicians in processes of democratic governance. *American Review of Public Administration*, 36:98–114.
- Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, accessed 30 May 2012).
- Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf, accessed 30 May 2012).
- Strand M et al. (2009). *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf, accessed 30 May 2012).
- Strange S (1996). *The retreat of the state: the diffusion of power in the world economy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Suchman M (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20:571.
- Swanson D et al. (2009). Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In: Swanson D,

- Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy-making in an uncertain world*. London, Sage.
- Tallacchini M (2005). Before and beyond the precautionary principle: epistemology of uncertainty in science and law. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 207(2 suppl):645–651.
- Thaler RH, Sunstein C (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, Yale University Press.
- Tomson G (2010). *The impact of global processes on health systems in Europe*. Geneva, Global Health Europe (Global Health Europe Research Paper No. 2; http://www.globalhealthurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf, accessed 30 May 2012).
- Tomson G, Påfs J, Diseberg A (in press). The challenges of multi-level governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
- UNDP (1997). *Good governance – and sustainable human development. A UNDP policy document*. New York, United Nations Development Programme (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/chapter1.htm>, accessed 30 May 2012).
- United Nations (2010). *UN advisory group seeks to enhance public-private links to boost access to energy*. New York, United Nations (<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=35333>, accessed 30 May 2012).
- United States Department of Health and Human Services (2010). *HHS announces the nation's new health promotion and disease prevention agenda*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services (<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101202a.html>, accessed 30 May 2012).
- Vallejo N, Hauselmann P (2004). *Governance and multi-stakeholder processes*. Winnipeg, International Institute for Sustainable Development.
- Vangen S, Huxham C (2003). Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39:5–31.
- Vibert F (2007). *The rise of the unelected: democracy and the new separation of powers*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Vogel D (2008). Private global business regulation. *Annual Review of Political Science*, 11:261–282.
- Walter J, Strangio P (2007). *No, Prime Minister: reclaiming politics from leaders*. Sydney, UNSW Press.
- Weber M (1922/1978). *Economy and society*. Berkeley, University of California Press.
- Wernli D et al. (2011). A call for action: the application of the International Health Regulations to the global threat of antimicrobial resistance. *PLoS Medicine*, 8:e1001022.
- Whiting D, Unwin N, Roglic G (2010). Diabetes: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 30 May 2012).
- WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1988*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Adelaide_recommendations.pdf, accessed 30 May 2012).

- WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 30 May 2012).
- WHO (2009). *Whole-of-society pandemic readiness: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en>, accessed 30 May 2012).
- WHO and UNICEF (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva, World Health Organization (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/summary_world_report_children_engl.pdf, accessed 30 May 2012).
- Willke H (2007). *Smart governance: governing the global knowledge society*. Frankfurt, Campus Verlag.
- Wismar M, Ernst K (2010). Health in all policies in Europe. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf, accessed 30 May 2012).
- World Bank (2011). *What is our approach to governance?* [web site]. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/MKOGR258Vo>, accessed 30 May 2012).
- World Bank Institute/PRMGE (2009). *Gender and development. A trainer's manual. Module 3: Integrating gender into development projects*. Washington, World Bank Institute (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/192862/Module3/Module3-index.html>, accessed 30 May 2012).
- World Economic Forum (2011). *The future of government: lessons learned from around the world*. Cologny, World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/EU11/WEF_EU11_FutureofGovernment_Report.pdf, accessed 30 May 2012).
- World Trade Organization (2001). *DOHA Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. Geneva, World Trade Organization.
- Zürn M (2010). Global governance as multi-level governance. In: Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.



Ключевые литературные источники, использованные в ходе настоящего исследования

- Bambra C, Smith K, Kennedy L (2008). Politics and health. In: Naidoo J, Wills J, eds. *Health studies*. 2nd ed. London, Palgrave Macmillan.
- Bauman Z (2007). *Liquid times: living in an age of uncertainty*. Cambridge, Polity Press.
- Bevir M, ed. (2011). *The Sage handbook of governance*. London, Sage Publications.
- Bogdanor V (2005). *Joined-up government*. Oxford, Oxford University Press.
- Brinkerhoff DW, Fort C, Stratton S (2009). *Good governance for health: assessing progress in Rwanda*. Chapel Hill, NC, IntraHealth International (<http://www.intrahealth.org/~intrahealth/files/media/good-governance-and-healthassessing-progress-in-rwanda/goodgovandhealth.pdf>, accessed 30 May 2012).
- Dietz T, Ostrom E, Stern PC (2003). The struggle to govern the commons. *Science*, 302:1907–1912.
- Edelenbos J, Klijn EH (2007). Trust in complex decision-making networks: a theoretical and empirical exploration. *Administration and Society*, 39:25–50.
- Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. (2010). *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.
- Fidler DP (2010). *The challenges of global health governance*. New York, Council on Foreign Relations (<http://www.pdf-finder.com/The-Challenges-of-Global-Health-Governance.html>, accessed 30 May 2012).
- Government of Australia (2004). *Connecting government: whole of government responses to Australia's priority challenges*. Canberra, Australian Public Service Commission (<http://www.apsc.gov.au/mac/connectinggovernment1.htm>, accessed 30 May 2012).
- Hall P, Taylor RCR (2009). Health, social relations, and public policy. In: Hall P, Lamont M, eds. *Successful societies: how institutions and culture affect health*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Henke K-D, Martin K (2009). Health as a driving economic force. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer:95–124.
- Jakubowski E, Lister G (2006). *Ninth Futures Forum on health systems governance and public participation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/97836/E89766.pdf, accessed 30 May 2012).
- Kickbusch I (2009). Policy innovations for health. In: Kickbusch I, ed. *Policy innovation for health*. New York, Springer.
- Koenig-Archibugi M, Zürn M, eds. (2006). *New modes of governance in the global system: exploring publicness, delegation and inclusiveness*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Lehtonen M (2010). Deliberative decision-making on radioactive waste management in Finland, France and the UK: influence of mixed forms of deliberation in the macro discursive context. *Journal of Integrative Environmental Sciences*, 7:175–196.

- Mulgan G (2010). Health is not just the absence of illness: health in all policies and “all in health policies”. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
- Newman J (2005). Introduction. In: Newman J, ed. *Remaking governance*. Bristol, Policy Press.
- Ostrom E (2010). Nested externalities and polycentric institutions: must we wait for global solutions to climate change before taking actions at other scales? *Economic Theory*, doi:10.1007/s00199-010-0558-6.
- Peters BG (2009). Meta-governance and public management. In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge.
- Pollitt C (2003). Joined-up government: a survey. *Political Studies Review*, 2:34–49.
- Raustiala K, Victor DG (2004). The regime complex for plant genetic resources. *International Organization*, 58:277–309.
- Rouse WB (2008). Health care as a complex adaptive system: implications for design and management. *The Bridge*, 38(1):17–25 (<http://www.nae.edu/File.aspx?id=7417>, accessed 30 May 2012).
- Sihto M, Ollila E, Koivusalo M (2006). Principles and challenges of health in all policies. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health: 3–20.
- Slaughter AM (2004). *A new world order*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Slaughter AM, Hale TN (2010). Transgovernmental networks. In: Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. *Handbook on multi-level governance*. Cheltenham, Edward Elgar.



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.

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

Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке



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