



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Участие

# Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья







Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



# Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья

Авторы: Francisco Francés и Daniel La Parra-Casado

## АННОТАЦИЯ

В контексте данной публикации термин общественное участие означает участие населения в принятии решений, затрагивающих их здоровье. Поощрение и принятие этой социальной инновации в качестве общего принципа социально ответственного управления сыграет важнейшую роль в повышении справедливости в отношении здоровья. В целом ответственность за организацию процессов общественного участия лежит на государственном аппарате, однако такие процессы могут также быть инициированы коммерческими, общественными и неправительственными организациями, что позволяет создавать многочисленные точки приложения усилий и возможности для содействия более активным социальным процессам даже в условиях отсутствия традиции широкого участия населения. В частности, сообщество здравоохранения может содействовать более широкому участию общественности как при разработке и реализации политики от этапа определения наиболее важных проблем до этапа проведения оценки и от уровня медицинских работников до уровня системы здравоохранения, так и при разработке межсекторальных стратегий, программ и мероприятий. В заключительной части настоящего документа предлагается модель оценки участия общественности, которая включает шесть основных элементов, подлежащих измерению: 1) инклюзивность (инклюзия); 2) аналитическое обсуждение; 3) информационный поток; 4) принятие решений; 5) институциональная приверженность; 6) потенциал сообщества.

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

Publications  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
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>).

ISBN 978 92 890 5418 8

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

**Пример оформления библиографической ссылки для цитирования:** Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья [Participation as a driver of health equity]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

**Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование.** Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

**Общие оговорки об ограничении ответственности.** Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Редактор английской версии публикации: Alex Mathieson

Оформление публикации: Marta Pasqualato

Отпечатано в Италии: AREAGRAFICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI

Переводчик: Александр Шелепин

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Выражение благодарности .....</b>	<b>vi</b>
<b>Резюме .....</b>	<b>vii</b>
<b>Участие общественности в решении вопросов, касающихся здоровья .....</b>	<b>1</b>
<b>Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья .....</b>	<b>3</b>
Элементы общественного участия .....	3
<b>Роль профессионального сообщества здравоохранения в повышении общественного участия и справедливости в отношении здоровья .....</b>	<b>9</b>
Уровень профессиональных работников здравоохранения .....	9
Уровень лечебно-профилактических учреждений .....	10
Уровень системы и политики охраны здоровья населения .....	12
<b>Как в настоящее время измеряется участие? .....</b>	<b>15</b>
Более эффективные методы измерения участия .....	16
Первый этап. Измерение степени участия: каковы масштабы участия?.....	17
Второй этап. Критерии измерения общественного участия: какой тип участия?.....	20
Непреднамеренные последствия (неадекватного) общественного участия: важная роль оценки эффективности участия .....	24
<b>Библиография .....</b>	<b>25</b>

## Выражение благодарности

Авторами данной публикации являются: Francisco Francés, адъюнкт-профессор, кафедра социологии II, Университет Аликанте, Испания, и Daniel La Parra-Casado, адъюнкт-профессор, кафедра социологии II, университет Аликанте, Испания. Оба автора также являются членами сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам социальной интеграции и здравоохранения при Межуниверситетском институте социального развития и мира, Университет Аликанте, Испания.

Публикация является одним из результатов инициативы по подготовке докладов о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья (инициатива HESRi). Работа в этом направлении проводится под руководством Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (Венеция, Италия), а ее целью является инновационное обновление методов, путей решения проблем и моделей партнерского сотрудничества для ускорения прогресса в обеспечении здоровой и благополучной жизни для всех жителей Европейского региона ВОЗ. Chris Brown, руководитель Венецианского офиса ВОЗ, отвечает за стратегическое развитие инициативы HESRi и общую координацию деятельности в рамках этой инициативы. Разработка первоначального рамочного документа осуществлялась под руководством внешней научно-экспертной консультативной группы при инициативе HESRi.

Работа по подготовке данной публикации частично финансировалась Фондом Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation). Выраженные в ней мнения не обязательно отражают мнения Фонда.

## Резюме

В контексте данной публикации термин “общественное участие” означает участие граждан в принятии решений, затрагивающих их здоровье. Таким образом, общественное участие предполагает значимое вовлечение граждан в такие процессы, как принятие решений, касающихся состояния здоровья населения и медицинского обслуживания; осуществление принятых решений, включая оценку и мониторинг; и, самое главное, определение сути проблем, стоящих перед обществом.

Поскольку состояние здоровья населения зависит от множества факторов, одной из ключевых составляющих социально ответственного управления во всех секторах является стимулирование участия граждан в здравоохранительной деятельности. Это означает необходимость коллективного осмысления реалий и проблем, а также обсуждения и принятия решений в сотрудничестве с ответственными учреждениями, включая участие в планировании мероприятий и программ и в последующем их осуществлении.

Содействие общественному участию – это ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья, так как общественное участие поддерживает механизмы социально ответственного управления, которые обеспечивают возможности для большего равенства в отношении здоровья посредством: повышения информированности и признания прав групп, наиболее страдающих от несправедливости в отношении здоровья; преобразования так называемых уязвимых групп в участников и сторонников стратегий и программ, затрагивающих их интересы; создания новых коллективных знаний, противостоящих доминирующим общественным стереотипам; содействия реализации принципов согласованности, учета реальных потребностей, прозрачности и верховенства права; содействия осуществлению и оценке стратегий, программ и мероприятий; повышения информированности населения о стратегиях частного сектора, используемых для продвижения вредных для здоровья товаров и форм поведения.

Недостаточное участие общественности в принятии решений приводит к следующим проблемам: ограничение возможностей для выявления специфических потребностей социальных групп; формирование тенденции к принятию политических решений в пользу наиболее благополучных социальных групп; игнорирование знаний населения о своих потребностях; исключение из процесса принятия решений групп населения с наихудшим состоянием здоровья; принятие решений на основе только имеющихся знаний, то есть без поиска тех знаний, которые наиболее подходят для обсуждаемой темы и соответствующих социальных групп; отсутствие учета взглядов и действий различных субъектов, что оказывает негативное влияние на согласованность, эффективность и результативность принимаемых мер; недостаточное количество механизмов общественного контроля и подотчетности, что повышает потенциальный риск коррупции.

Неадекватное участие, которое можно охарактеризовать как процесс, который называют участием, но который характеризуется низкой инклюзивностью, низким уровнем аналитических обсуждений или интенсивности и отсутствием подлинного влияния на принятие управленческих решений (более подробно см. раздел главы 2, посвященный проведению оценки), часто приводит к негативным последствиям, таким как социальное неравенство в отношении здоровья и неэффективность принимаемых мер.

Стимулирование участия общественности можно считать инновационной социальной практикой, которая может применяться на всех уровнях социально ответственного управления и во многих секторах. В целом ответственность за организацию процессов расширения участия лежит на государственном аппарате, однако процессы гражданского участия могут также быть инициированы такими социальными субъектами, как компании и общественные или неправительственные организации, что позволяет создавать множество возможностей для содействия социальным процессам на основе более широкого участия даже в отсутствие традиции широкого участия населения. Это особенно актуально в нынешнем институциональном контексте Европейского региона ВОЗ, где степень развития демократических процессов весьма разнообразна по таким параметрам, как защита гражданских свобод, уровень политического участия, плюрализм, сбалансированность в осуществлении государственной власти, свобода прессы и другие основные демократические показатели.

В частности, сообщество здравоохранения занимает стратегически выгодную позицию в плане содействия более широкому участию общественности как в рамках всего процесса разработки и реализации политики от этапа диагностики (т.е. определения стоящих перед обществом задач и проблем) до этапа оценки результатов принятых мер и от уровня отдельных медицинских работников до уровня системы здравоохранения, так и при разработке межсекторальных стратегий, программ и мероприятий. Все виды учреждений – государственные учреждения в секторах, отличных от здравоохранения, частные компании (например, в рамках их программ корпоративной социальной ответственности) и организации третьего сектора – также могут содействовать повышению справедливости в отношении здоровья, используя механизмы общественного участия.

Повестка дня по стимулированию участия общественности будет включать следующие элементы: внедрение институциональной культуры участия; привлечение всего населения к участию на различных этапах политического процесса (определение задач и проблем, планирование и осуществление решений, мониторинг и оценка); установление партнерских отношений с другими секторами (с помощью таких механизмов, как инициирование совместных проектов, обмен данными и совместное проведение мероприятий); и развитие культуры проведения оценки общественного участия. Поэтому организации, содействующие развитию процессов участия, должны прежде всего создать пространство для коммуникации и принятия решений, чтобы облегчить процессы анализа и обдумывания того, как определить суть наиболее актуальных проблем и как приступить к их решению. Затем принятые решения реализуются при участии субъектов, участвовавших в предыдущих обсуждениях, так как концепция участия также предполагает их вовлечение в процессы планирования, осуществления, контроля и оценки.

При проведении оценки общественного участия необходимо ответить по крайней мере на три ключевых вопроса.

- Какие субъекты участвуют (инклюзивность)?
- Как они участвуют (интенсивность)?
- Каким образом обсуждения и решения связаны с политикой или общественными действиями (влияние)?

Классические консультационные процессы обычно очень ограничены с точки зрения интенсивности и влияния.



В настоящем документе предлагается модель проведения оценки общественного участия, которая включает шесть основных элементов, подлежащих измерению: 1) инклюзивность/инклюзия (измерение неоднородности выборки граждан – независимо от метода ее формирования – и условий их участия в соответствующих процессах); 2) аналитическое обсуждение (измерение влияния коммуникационного взаимодействия на его участников, например, на их понимание, мнения и т.д.); 3) информационный поток (измерение потока информации по вопросам здоровья в процессе участия на этапе формирования предложений и идей, а также после получения результатов); 4) принятие решений (оценка условий принятия решений с точки зрения участников процесса); 5) институциональная приверженность (измерение степени политической воли на институциональном уровне и создание необходимых условий для реализации результатов процесса участия, например, для выполнения рекомендаций и совместно принятых решений); и 6) потенциал сообщества (измерение того, как сообщество может контролировать процесс участия в принятии управленческих решений и использовать результаты этого процесса).



## Участие общественности в решении вопросов, касающихся здоровья

Участие общественности в решении вопросов, касающихся здоровья, означает активное вовлечение населения в процессы принятия решений, влияющих на общественное здоровье.<sup>1</sup>

В Алма-Атинской декларации отмечается, что одним из необходимых условий защиты и укрепления здоровья является максимальная самообеспеченность местных сообществ и отдельных лиц и их **участие** в планировании, организации, осуществлении и мониторинге первичной медико-санитарной помощи (2). Поэтому участие подразумевает значимое вовлечение граждан в следующие процессы (3):

- принятие решений, касающихся общественного здоровья и служб медицинской помощи
- реализация принятых решений
- оценка и мониторинг принимаемых мер и, самое главное,
- определение проблем (4).

Суть вопроса заключается не в том, имеет ли место участие, а скорее в том, насколько значимым оно является и какие условия имеют больший или меньший потенциал для расширения и активизации общественного участия. В таблице 1 показаны три основные характеристики, используемые для оценки масштабов общественного участия (5).

**Таблица 1. Аспекты, которые следует учитывать при оценке процессов участия**

Характеристики	Ключевой вопрос	Описание
Инклюзивность	Кто может участвовать?	Степень возможности участия для людей, не входящих в какое-либо формальное объединение
Интенсивность	Как реализуется участие?	Эта составляющая оценки посвящена определению степени и масштабов взаимодействия участников, обмена информацией между ними и их влияния на принятие решений
Влияние	Каким образом обсуждения и решения связаны с политикой или общественными действиями?	Ориентация процессов социального участия по отношению к действиям правительственных или институциональных структур

Источник: адаптировано авторами из публикации Fung (5).

Francés et al. (6) разработали всеобъемлющее определение термина “участие общественности в принятии решений, касающихся здоровья”. По их мнению, это понятие означает следующее:

<sup>1</sup> Такое участие относится и к институционализированным, и к неинституционализированным формам участия. Институционализированное участие означает участие, осуществляемое через институциональные каналы и механизмы, а неинституционализированное участие означает участие, осуществляемое с помощью других способов (Ganuzi и Francés (1)).

процессы коллективного осмысления, которые позволяют населению [отдельным лицам или группам] получать важную информацию по вопросам здоровья и обсуждать ее с целью принятия решений в сотрудничестве с ответственными учреждениями, в том числе в форме участия в процессах планирования мер и их последующего осуществления.

В этом определении можно выделить три ключевых элемента.

- 1.** Эти процессы требуют коллективных действий, которые необходимо организовать. В целом ответственность за организацию процессов участия несут те организации, которые их поощряют и стимулируют. В области здравоохранения это относится главным образом к органам государственного управления, однако процессы участия могут также инициироваться другими социальными субъектами, например, общественными и неправительственными организациями.
- 2.** Первоначальная цель состоит в том, чтобы создать пространство для общения и принятия решений, в рамках которого можно будет обдумывать, как идентифицировать проблемы и как их решать.
- 3.** Принятые решения осуществляются при участии субъектов, участвовавших в предыдущих обсуждениях, так как концепция участия также предполагает их вовлечение в процессы планирования, осуществления, мониторинга и оценки соответствующих мер.

## Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья

Общественное участие является неотъемлемой частью разработанного ВОЗ определения здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней или физических дефектов (7), учитывая, что оно:

- делает жизнь более значимой благодаря тому, что люди становятся хозяевами своей судьбы и сами принимают решения, влияющие как непосредственно на их здоровье, так и на более широкие детерминанты здоровья;
- способствует улучшению социальных отношений и социальной сплоченности посредством создания различных пространств и сетей для социального взаимодействия, что в свою очередь способствует процессам общественного участия;
- способствует развитию чувства контроля над своей жизнью и жизненными обстоятельствами, которые во многом являются следствием собственных решений;
- создает возможности заниматься тем, что нравится, потому что способность делать это будет зависеть от решений, принятых самим человеком.

Поэтому общественное участие неразрывно связано со здоровьем как целостной и позитивной концепцией. Без общественного участия достижение подлинного здоровья невозможно, особенно если говорить о психических и социальных аспектах здоровья, которые были упомянуты в приведенном выше определении ВОЗ. Процессы общественного участия способствуют формированию общепринятого определения благополучия и субъективному принятию этого определения на уровне индивидов. Если эти процессы носят инклюзивный характер (т.е. когда все население имеет полномочия и навыки для такого участия), то общественное участие можно считать ключевым фактором обеспечения справедливости в отношении здоровья.

Можно утверждать, что общественное участие также имеет важное значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья с практической точки зрения. Поощрение систем общественного участия может стать эффективным подходом к сокращению неравенств в отношении здоровья. Одним из основных механизмов, определяющих взаимосвязь между общественным участием и большей справедливостью в отношении здоровья, является центральная роль общественного участия в социально ответственном управлении (8).

### Элементы общественного участия

При рассмотрении концепции социально ответственного управления следует проанализировать, как правительственные органы и другие социальные организации взаимодействуют между собой, как они относятся к гражданам и каким образом принимаются решения в сложном контексте современного мира. Для социально ответственного управления необходимы следующие условия: пространства для обсуждения с гражданами характера проблем; пространства для принятия решений при организованном взаимодействии с гражданами, группами гражданского общества, правительствами и другими субъектами в целях разработки планов действий; организация таких действий с участием всех заинтересованных сторон; и их участие в оценке результатов принимаемых мер (9) (Таблица 2).

**Таблица 2. Социально ответственное управление и справедливость в отношении здоровья: элементы процесса реализации партисипативного управления и их влияние на справедливость в отношении здоровья**

Элементы партисипативного управления	Основные характеристики	Воздействие на справедливость в отношении здоровья
Пространства для обсуждения	Коммуникационная направленность	Повышение видимости (значимости) Признание прав
	Аналитическое обсуждение и осмысление	Уделение приоритетного внимания людям, имеющим более серьезные потребности
	Педагогическая направленность	Повышение грамотности в вопросах здоровья
Принятие решений	Согласованность	Стратегическое видение, включающее цель обеспечения справедливости в отношении здоровья
	Чуткое реагирование на потребности	Оказание помощи тем людям, которые в этом больше всего нуждаются
	Прозрачность	Повышение уровня знаний о социальных детерминантах здоровья
	Верховенство права	Снижение дискриминационной практики и злоупотребления властью
Реализация	Согласованные действия	Повышение эффективности и результативности
	Выявление механизмов и причин неправомерного влияния	Сокращение символического насилия
Оценка	Оценка воздействия	Определить влияние действий на справедливость в отношении здоровья и переориентировать их на цели обеспечения справедливости
	Информирование о результатах	Повышение грамотности в вопросах здоровья и проверка результатов

### **Пространства для обсуждения**

Различные комбинации институциональных и неинституциональных пространств для обсуждения актуальных проблем, подбираемые с учетом конкретного контекста, создают хорошие возможности для повышения справедливости в отношении здоровья.

#### **Коммуникационные возможности для обеспечения справедливости в отношении здоровья**

Структурные возможности для общественного участия должны охватывать механизмы установления контактов со всеми заинтересованными сторонами, включая лиц, находящихся в неблагоприятном положении из-за социальных условий (например, группы с более низким

социально-экономическим потенциалом, “невидимые” и подчиненные группы населения и этнические меньшинства) и содействия их вовлечению в процессы принятия решений. Создание пространства для общественного участия (на основе конкретных коммуникационных и мобилизационных стратегий для групп, находящихся в неблагоприятном положении с точки зрения здоровья) предполагает повышение осведомленности и признание прав групп, находящихся в наихудшем положении.

### *Возможности для аналитического обсуждения и осмысления вопросов, связанных со справедливостью в отношении здоровья*

Создание пространства для участия предоставляет возможность для более глубокого осмысления соответствующих вопросов на основе взаимодействия, коммуникации, расширения информационной базы, обучения, аналитического обсуждения и определения актуальных проблем и повестки дня с учетом потребностей всех сторон, которые участвуют в процессе, а не только на основе технократических или административных критериев. Следовательно, для этого необходимо изменить прежнее отношение к проблеме и перейти на модель установления приоритетов с учетом интересов наиболее уязвимых групп, которые благодаря этому смогут стать не просто бенефициарами деятельности, а действующими лицами и участниками затрагивающих их стратегий и программ.

### *Педагогические возможности для обеспечения справедливости в отношении здоровья*

Создание пространства для общения и обсуждения вопросов здравоохранения создает возможности для обучения, способствующие повышению грамотности в вопросах здоровья (10), благодаря чему люди получают знания, необходимые для регулирования своего поведения с целью поддержания и укрепления здоровья. Грамотность в вопросах здоровья можно понимать как двунаправленный процесс, поскольку работники здравоохранения, ученые, государственные служащие и другие лица могут получить новые знания о более широких детерминантах неравенств в отношении здоровья, прочитав описания опыта участников (11).

## **Принятие решений**

Создание более или менее формализованной системы взаимодействия с гражданами, группами гражданского общества, правительственными органами и другими заинтересованными сторонами можно рассматривать как один из подходов к решению проблем, порождающих неравенства в отношении здоровья.

### *Согласованность*

Процессы, основанные на широком участии, могут способствовать гармонизации целей различных участников борьбы с неравенствами в отношении здоровья и формированию более согласованного стратегического видения.

### *Чуткое реагирование на потребности*

В результате переговоров, аналитических обсуждений и создания возможностей для достижения консенсуса (или выражения и анализа конфликтных отношений) формируется стратегия реагирования на потребности всех заинтересованных сторон и правительственных органов, что позволяет институциональным структурам лучше обслуживать все заинтересованные стороны, включая наиболее уязвимые группы населения.

## *Прозрачность*

Для эффективного взаимодействия требуется прозрачная система взаимного информирования, которая должна гарантировать наличие, доступность и понятность информации. Повествования участников и доступная информация способствуют формированию новых знаний о социальных детерминантах здоровья.

## *Верховенство права (закона)*

Наблюдается тенденция к формализации процесса принятия решений в сторону усиления принципа верховенства права (через ограничение возможностей для неформального осуществления власти) в целях сокращения возможных механизмов злоупотребления властью и дискриминации.

## *Реализация*

Участие всех сторон, заинтересованных в принятии тех или иных решений, в реализации стратегий, программ и мероприятий способствует достижению следующих целей.

## *Скоординированность действий*

Это способствует повышению эффективности и результативности мероприятий, так как сотрудничество всех заинтересованных сторон дает синергический эффект.

## *Формирование чувства причастности к проводимым стратегиям*

Можно добиться более широкого принятия стратегий, если благодаря участию в разработке и осуществлении этих стратегий население будет ощущать свою причастность к ним. В тех случаях, когда та или иная политика осуществляется по технократической модели, в рамках которой элитарные слои общества принимают решения на основе технических и профессиональных критериев, наблюдается тенденция к усилению символического насилия (12) в отношении групп, которые не разделяют культурные установки социально доминирующих групп.

## *Оценка*

Проведение оценок способствует прогрессу в следующих областях.

## *Определение воздействия стратегий здравоохранения*

Оценка воздействия позволяет установить связь между принимаемыми решениями и их возможными последствиями для населения, благодаря чему возрастает объем информации о том, как принимаемые решения увеличивают или уменьшают неравенства в отношении здоровья. В свою очередь это позволяет своевременно переориентировать деятельность с целью обеспечения справедливости в отношении здоровья.

## *Информирование о результатах*

Информирование о результатах приносит двойную выгоду. С одной стороны, это дает населению возможность использовать предоставленные знания и информацию (которые, в действительности, являются его собственными), а с другой стороны, это полезно для проверки информации, полученной в процессе участия (проверка результатов).



Подводя итог, можно сказать, что процессы общественного участия способствуют приоритизации действий по обеспечению справедливости в отношении здоровья и улучшению детерминант здоровья в рамках межсекторальной работы, затрачивающей такие сферы, как экономика, окружающая среда, образование, занятость и борьба с нищетой.

## Общественное участие и коммерческие детерминанты здоровья

Открывая 8-ю глобальную конференцию по укреплению здоровья в Хельсинки, Финляндия, 10 июня 2013 г., д-р Маргарет Чен, генеральный директор ВОЗ, сказала: “В настоящее время службам общественного здравоохранения уже приходится бороться с негативными последствиями деятельности не только табачной индустрии, но и таких коммерческих сил, как пищевая индустрия, индустрия газированных напитков и алкогольная индустрия”.

Проблема коммерческих детерминант здоровья касается главным образом коммерциализации нездоровых товаров и вредных для здоровья форм корпоративной практики, которые были определены как “стратегии и подходы, используемые частным сектором для продвижения вредных для здоровья товаров и форм поведения” (13).

В процессе принятия решений в частных компаниях редко используются принципы общественного участия, а решения, как правило, принимаются небольшим количеством субъектов (руководители, менеджеры, владельцы и инвесторы), преследующих собственные интересы. Не следует ожидать, что в процессе принятия решений в частных компаниях произойдут преобразования в пользу большей инклюзивности, способствующей повышению роли и влияния более широкого круга социальных субъектов в процессе принятия коммерческих решений. Следовательно, в крупных компаниях имеются лишь очень ограниченные возможности для более широкого общественного участия, несмотря на наличие ряда важных исключений (как, например, в случае корпорации “Мондрагон” (14)).

Однако принятие некоторыми учреждениями или социальными группами процессов общественного участия может повлиять на коммерческие детерминанты здоровья. Некоторые примеры приведены во вставке 1.

### **Вставка 1. Принятие процессов общественного участия учреждениями и социальными группами**

#### **Проект “Сан-Франциско без табака”**

Модель действий на уровне местных сообществ, принятая департаментом здравоохранения Сан-Франциско (США) предусматривает объединение усилий отдельных лиц, местных общественных организаций и государственных учреждений с целью разработки и проведения антитабачных кампаний. Благодаря общественному участию город смог разработать и осуществить ряд инновационных мер для уменьшения последствий табачной эпидемии. Такие меры включают в себя новое постановление об ограничении количества лицензий на продажу табачных изделий в каждой юрисдикции, свободные от курения помещения в зданиях, отказ от финансирования со стороны табачных компаний и их дочерних компаний, расширение знаний участников о стратегиях табачных компаний, добровольное удаление всех видов рекламы табака в торговых точках, дома, свободные от курения и т.д. (15).

#### **Совместная деятельность в поддержку здорового питания**

Инициатива “Школы и сообщества, доброжелательные к питанию” активно привлекает всех членов школьного сообщества к участию в деятельности, направленной на предотвращение избыточного веса у учащихся. Эта инициатива способствовала внесению корректив в планирование школьного питания и в работу продовольственных служб, с тем чтобы они придерживались рекомендаций относительно количества жиров, насыщенных жиров, натрия и холестерина в составе блюд, предлагаемых в школе на завтрак, обед и в качестве закусок (16).

**Вставка 1. Принятие процессов общественного участия учреждениями и социальными группами**

**Исландская модель деятельности по снижению потребления алкоголя среди молодежи**

Программа “Исландия без наркотиков” включает целый ряд мер по сокращению потребления всех психоактивных средств (алкоголь, табак, гашиш и т.д.). Одним из руководящих принципов этой модели является активное участие всех заинтересованных сторон в различных секторах и на всех уровнях. Так, например, пропагандистская кампания по снижению употребления алкоголя среди молодежи была подготовлена и проведена при непосредственном участии подростков. Эта стратегия позволила добиться сокращения числа молодых людей, которые согласно данным опроса в течение последних 10 лет хотя бы раз напивались, курили и пробовали гашиш (17,18).

# Роль профессионального сообщества здравоохранения в повышении общественного участия и справедливости в отношении здоровья

Внедрение концепции, согласно которой сообществу работников здравоохранения предлагается стимулировать процессы участия, имеет решающее значение для справедливости в отношении здоровья на трех уровнях: уровень медицинских работников; уровень медицинских учреждений; и уровень системы здравоохранения и политики здравоохранения. Ниже приводится перечень рекомендаций по продвижению общественного участия и справедливости в отношении здоровья с учетом трех различных уровней.

## Уровень профессиональных работников здравоохранения

Поставщики медицинских услуг могут стимулировать участие граждан в разработке соответствующих программ и мероприятий, используя для этой цели медицинские встречи, различные формы сотрудничества с местными сообществами и ряд других методов. Виды деятельности, которые они могут рассмотреть, включают:

- поощрение “сотрудничества и коммуникации с местными сообществами” в целях укрепления отношений доверия и уважения (19);
- координация программ совместно с организациями, которые работают непосредственно с менее обеспеченными социальными группами, с целью информирования этих организаций об имеющихся видах медицинских услуг и поддержки, оказываемой медицинскими работниками; эти организации могут также вносить вклад в разработку, осуществление и оценку программ;
- обмен эффективными практическими методиками, программами и опытом с другими медицинскими работниками в целях содействия участию граждан;
- участие в совместной работе по разработке программ и стратегий с теми представителями государственного, частного и гражданского секторов, которые интересуются детерминантами здоровья или оказывают на них то или иное влияние (7);
- поддержка общественных организаций и действий по улучшению детерминант здоровья посредством развития местных сообществ и целенаправленных усилий компетентных работников здравоохранения и эффективных программ (7);
- признание того, что люди лучше знают свой собственный жизненный опыт и что действовать на благо людей можно только при условии учета их знаний и опыта, которые имеют решающее значение для выявления потребностей и проблем и нахождения возможных решений;
- честное информирование граждан относительно целей их участия.

Что касается последнего пункта данного перечня, то следует отметить, что если целью процесса участия является получение (диагностической) информации, то нельзя создавать

у граждан впечатления, что они будут влиять на принимаемые решения. Процессы участия зачастую используются для того, чтобы придать легитимность той или иной политике и выполнить юридические требования относительно консультирования с населением. В таких случаях работники здравоохранения, участвующие в проекте, должны четко сформулировать цели процесса участия. Для сводной оценки результатов можно использовать формулу  $Y=(O-P)$ , в которой удовлетворенность участников (Y) определяется как соотношение между ожиданиями (O) и результатами (P).

## Уровень лечебно-профилактических учреждений

На этом уровне особенно важны следующие виды деятельности:

- содействие созданию формальных пространств для общественного участия (например, таких как комиссии по оценке качества лечебно-профилактических услуг);
- создание руководящих ролей для представителей местного населения или постоянных консультативных органов с участием гражданского общества;
- применение методов совместной диагностики управленческих проблем в процессе сбора и систематизации информации.

Методы партисипативной диагностики полезны при определении потребностей в услугах здравоохранения в конкретных регионах или группах населения. В процессе такой диагностики могут быть использованы различные методы, например, такие как совещательные опросы (20), опросы на уровне местных сообществ (21), методы “Фотоголоса” (22) (пример 1 (23)), фокус-группы (24), метод потокограмм (25) и SWOT-анализ (сильные стороны, слабые стороны, возможности и угрозы) (26). Методы партисипативной диагностики могут применяться как непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями, так и в координации с другими учреждениями.

### Пример 1. ФотоГолос

В 2007 году Ассоциация Sajó в Сайосентпетере (Sajószentpéter), Венгрия, инициировала проведение проекта по диагностике управленческих проблем в районе, где проживает преимущественно ромское население. В рамках этого проекта техническая группа, возглавляемая антропологом Кристиной Харпер (доцент Массачусетского университета в Амхерсте), предложила рассмотреть две основные тематические области: окружающую среду и здоровье. Полевые работы и фотографирование были осуществлены членами местного сообщества. Участвующие в проекте фотографы включили в него третью тему – роль стереотипных представлений в процессе работы с ромским населением (23).

Важное значение имеет также планирование услуг с участием предполагаемых бенефициаров. Методы партисипативного планирования могут включать определение приоритетов государственных расходов с использованием инструментов бюджетирования с участием населения (27) (пример 2 (28)), консультативные механизмы, такие как гражданские жюри (29), семинары по сценариям будущего развития для определения желаемого будущего и рассмотрения предложений об изменениях и совместных действиях, а также исследования, посвященные участию населения (30), планирование и деятельность на уровне местных сообществ (31) и партисипативное стратегическое планирование (32).

### **Пример 2. Партисипативное бюджетирование**

Проект по развитию партисипативного бюджетирования “Ваше здоровье, ваше сообщество, ваш голос”, проводимый в Саутгемптоне, Соединенное Королевство, направлен на расширение возможностей местных групп подавать заявки на финансирование и управлять проектами, имеющими отношение к здоровью населения. Оценка процесса позволила выявить следующее:

Голосование жителей прошло успешно и почти все участники, по-видимому, осознавали, какую роль они играли в этом процессе. Другие, менее измеримые результаты также были связаны со здоровьем – по мнению всех участников процесс был положительным и вдохновляющим опытом. Данный процесс также способствовал повышению осведомленности об услугах, предоставляемых жителям, и жители были проинформированы о том, что они могут принять участие в предлагаемых проектах на добровольной основе (28).

Общественные организации могут принимать участие в осуществление программ, стратегий и мероприятий, связанных со здравоохранением, с помощью таких подходов, как совместное управление службами здравоохранения (33), больницы доброжелательного отношения к пациентам (34) и программы посредничества в сфере здравоохранения (35) (пример 3 (36)).

### **Пример 3. Посредничество в сфере здравоохранения**

Ориентированная на ромское население программа посредничества в сфере здравоохранения в Румынии была начата в октябре 2002 года в рамках партнерства между Министерством здравоохранения и Romani CRISS (Романи КРИСС) – неправительственной организацией, которая частично принадлежит народности рома. Ромское население было привлечено к участию с самого начала программы. В частности, следует отметить, что курсы обучения посредников проводились специалистами из числа представителей народности рома. Основные виды деятельности посредников включают следующие: облегчение коммуникации между пациентами и медицинским персоналом; консультирование ромского населения по бюрократическим процедурам в целях обеспечения доступа к медицинской помощи; работа с населением в целях профилактики заболеваний и улучшения доступа к системе здравоохранения (36).

Мониторинг и оценка программ, стратегий и деятельности учреждений здравоохранения осуществляется населением и другими заинтересованными сторонами, используя различные методы: совместный мониторинг (37), общественные советы по здравоохранению (38), создание должности омбудсмена по вопросам медицинского обслуживания пациентов (39) (пример 4 (40,41)), партисипативная оценка (42).

### **Пример 4. Омбудсмены**

Омбудсмен (уполномоченный) по делам меньшинств Финляндии оказывает на местном уровне консультативные услуги и поддержку этническим меньшинствам, мигрантам, саами и представителям народности рома. Омбудсмен – специалист, занимающийся надзором и обеспечением защиты и поощрения прав и интересов пользователей медицинских услуг в связи с ошибками, злоупотреблениями или упущениями в медицинской практике, провел исследование, демонстрирующее необходимость создания местных консультативных служб для защиты от дискриминации этнических меньшинств, особенно ромского сообщества. Для определения содержания и методологии работы будущих местных консультативных служб были проведены три совещания с привлечением широкого круга участников. Основное внимание на этих совещаниях уделялось таким темам, как механизмы для выявления случаев дискриминации, жилищные проблемы и сотрудничество с ромскими организациями в сфере оказания консультативной помощи по вопросам дискриминации (40,41).

## Уровень системы и политики охраны здоровья населения

На этом уровне особенно важны следующие виды деятельности:

- принятие институциональной культуры, основанной на принципах стимулирования участия населения на всех этапах принятия решений;
- установление партнерских отношений с другими секторами: такие отношения поддерживаются и укрепляются путем совместного заказа проектов, обмена данными и совместного проведения соответствующих программ, а их разработка и оценка осуществляются при широком участии населения;
- вовлечение всего населения во все этапы процесса разработки политики в области здравоохранения (определение задач и проблем, планирование, реализация, мониторинг и оценка): обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения может быть одним из необходимых для этого условий; гражданство можно рассматривать как абстрактное понятие, но когда оно проявляется в форме конкретных формальных прав (например, таких как право на доступ к услугам здравоохранения для всего населения, а не только для граждан), оно может повысить чувство принадлежности, что имеет важное значение с точки зрения мотивации людей к участию в совместной деятельности; и
- внешняя оценка процессов участия: социальные процессы участия анализируются и оцениваются независимыми наблюдателями с точки зрения инклюзивности, интенсивности и влияния; кроме того, следует сообщать о всех проявлениях социального неравенства в процессах участия (например, по признаку пола, социального класса, этнической группы, возрастной группы, религии, сексуальной ориентации или другим признакам).

Краткое описание рекомендуемых процессов участия населения на трех уровнях приводится в таблице 3.

**Таблица 3. Работа в интересах повышения общественного участия и справедливости в отношении здоровья: рекомендации по борьбе с неравенствами в отношении здоровья**

Уровень	Способы принятия необходимых мер
Работники здравоохранения	Содействие сотрудничеству и коммуникации с местными сообществами
	Координация программ совместно с организациями, которые работают непосредственно с менее обеспеченными социальными группами
	Создание сетей: обмен опытом участия
	Участие в совместной работе по разработке программ и стратегий
	Поддержка общественных организаций и действий по улучшению детерминант здоровья
	Признание знаний людей, не являющихся специалистами в данной сфере
	Честность в отношении целей участия

Уровень	Способы принятия необходимых мер
Лечебно-профилактические учреждения	<p>Создание формальных пространств для общественного участия</p> <p>Создание руководящих ролей для представителей местного населения или постоянных консультативных органов с участием гражданского общества</p> <p>Партисипативная диагностика проблем</p> <p>Партисипативное планирование</p> <p>Партисипативное осуществление</p> <p>Партисипативные мониторинг и оценка</p>
Система здравоохранения и политика в области здравоохранения	<p>Принятие институциональной культуры участия [всех заинтересованных сторон]</p> <p>Налаживание партнерских отношений с другими секторами</p> <p>Всеобщий охват услугами здравоохранения как механизм инклюзивного гражданства</p> <p>Внешняя оценка процессов участия</p>

Сообщество здравоохранения может содействовать общественному участию, используя следующие подходы:

- во всех стратегиях, программах и мероприятиях в области здравоохранения следует использовать методы и механизмы поощрения общественного участия;
- участие общественности поощряется на всех этапах политического процесса: диагностика проблем, планирование, осуществление, мониторинг и оценка (7);
- общественное участие поощряется на всех уровнях – от уровня поставщика лечебно-профилактических услуг до уровня системы здравоохранения;
- сообщество здравоохранения участвует в процессах общественного участия совместно с другими секторами в целях содействия справедливости в отношении здоровья и общественному участию во всех стратегиях.

Вставка 2 посвящена использованию механизмов общественного участия для борьбы с дискриминацией.

#### Вставка 2.

В таких правовых документах, как закон Соединенного Королевства о равенстве (2010 г.), обычно проводится различие между двумя основными формами дискриминации: прямой и косвенной. Прямая дискриминация имеет место в тех случаях, когда с одним лицом или группой лиц обращаются иначе (менее справедливо), чем с другим лицом или группой лиц, по причине возраста, инвалидности, смены пола, семейного статуса (супружество или сожителство), беременности и материнства, расы, этнической принадлежности, религии или убеждений, пола, сексуальной ориентации или других социальных характеристик. Косвенная дискриминация имеет место, когда существуют правила, положения или процедуры (также практика или политика), которые могут казаться нейтральными, поскольку они одинаково применимы ко всем, но которые фактически ставят некоторых людей (или группы) в неблагоприятное положение по сравнению с другими в сходной ситуации.

**Вставка 2.**

Прямая дискриминация относится к социальным формам взаимодействия, которые по сравнению с институциональными формами являются менее структурированными. В этом случае не имеется никаких формализованных правил, положений, процедур, практики или политики, но имеются определенные и более спонтанные принципы взаимодействия между людьми. Поскольку процессы общественного участия способны обеспечить скоординированное участие многих социальных субъектов, они могут способствовать передаче критического видения системы социальной стратификации и ее легитимизирующих механизмов (например, сексистских, классовых, гомофобных, расистских, возрастных или нетерпимости по отношению к другим религиям). В этом смысле признание права некоторых групп на участие в общественной жизни (например, женщин из числа этнических меньшинств) также может способствовать поднятию вопроса о правомерности и уместности неравных гендерных отношений и системы этнического доминирования. Поэтому процессы общественного участия могут играть профилактическую роль в борьбе с дискриминацией.

В случае косвенной дискриминации необходимо определить правила, положения, процедуры, практику и политику, лежащие в основе дискриминации. Поэтому, когда учреждение принимает решение организовывать свою деятельность на принципах общественного участия, оно создает хорошую возможность для выявления дискриминационных механизмов. Эта возможность реализуется, когда группам, страдающим от негативных последствий институциональных действий, предоставляется право голоса. Когда такие группы начинают играть заметную роль в общественной жизни и приобретают возможность влиять на процесс принятия решений, это может способствовать переориентации институциональных действий на то, чтобы избегать и предотвращать любые проявления дискриминационной практики.



## Как в настоящее время измеряется участие?

Усилия по измерению участия часто сосредоточиваются на двух типах стратегий: сопоставление показателей, связанных с институциональной практикой в различных странах, и исследования общественного мнения.

Сопоставление показателей институциональной практики основано на оценке гарантий общественного участия и условий, существующих в институциональной практике административно-территориальных образований, регионов и государств. Цель такого сопоставления заключается в том, чтобы обеспечить возможность объективного сравнения общественного участия в процессах управления в различных местах. Критерии оценки обычно заимствуются из области институционального анализа и, более конкретно, из оценки таких параметров, как гарантии участия, предусмотренные законодательством, политика поощрения участия и такие показатели социально ответственного управления, как оперативность реагирования и подотчетность. В более широком плане критерии оценки состояния здоровья населения могут также быть связаны с такими элементами демократии, как уважение гражданских свобод, независимость средств массовой информации, проведение свободных и справедливых выборов или сила организаций гражданского общества (43). Как правило, эти показатели макроуровня объединяются и интегрируются в синтетические индексы, такие как индексы общественного участия, индексы гражданской активности и индексы участия граждан.

Исследования мнений относительно общественного участия связаны с анализом результатов обследований. Измерение общественного участия основывается на совокупном рассмотрении набора предрасположенностей и моделей поведения, которыми обладают люди, проживающие в определенном месте, относящиеся к таким понятиям, как гражданское участие, социальный капитал и социально-политическая активность. Следовательно, для измерения общественного участия необходимо проанализировать характеристики вышеуказанных понятий, такие как сети взаимодействия, принадлежность к организациям и связь между ними, участие общественности в деятельности социальных сетей и наличие общих норм и ценностей. При наличии всех вышеуказанных составляющих появляется возможность начать коллективные действия. Коллективные действия можно охарактеризовать как рамочную программу местного уровня, целью которой является определение коллективных благ и совместная деятельность для их достижения. Рассмотрение индивида в качестве единицы измерения или единицы классификации используется в области здравоохранения во многих справочных документах, используемых ВОЗ, например, в системе классификации общественного участия, изложенной в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (44). В этих рамках предлагаются типологии участия, основанные на оценке участия отдельных лиц в жизни местного сообщества и социальной жизни.

Обе стратегии имеют определенные недостатки. Во-первых, индексы ведут себя почти как константа для западных либеральных демократий, поскольку используемые показатели относятся к минимальным гарантиям функционирования демократического общества. Весьма часто набираемые баллы являются довольно высокими с незначительным разрывом между странами или регионами, что, как правило, приводит к минимизации имеющихся различий. Этот метод измерения участия также отражает только один аспект общественного участия (институциональный или инструментально-органический аспект), исключая другие аспекты, которые в большей степени связаны с потенциалом сообществ, такие, как расширение прав и возможностей, учет интересов гражданского общества при разработке политики или активные меры по решению проблемы неравенств и несправедливости.

Широкое использование стандартизированных и формализованных показателей отражает оценку участия, которая основывается на видении тех, кто поощряет участие, с акцентом на концепциях, которые во многих случаях связаны с институциональной модернизацией (прозрачность, социально ответственное управление, обмен информацией и сотрудничество между различными административными уровнями, подотчетность и существование консультативных органов). При таком подходе большее внимание уделяется измерению институциональных промежуточных результатов, таких как предложение услуг и гарантии, чем оценке участия граждан. Кроме того, при измерении таких промежуточных результатов часто не уделяется должного внимания тому, как именно они были достигнуты (45). Поэтому в различных областях был сделан вывод, что такого рода оценка является недостаточной, неточной и трудно выполнимой даже в ограниченном масштабе (46).

С другой стороны, при измерении характера участия с использованием опросов общественного мнения также существуют определенные ограничения. Помимо того, что такие опросы основаны на инструментах, использующих косвенные измерения (которые основаны на ответах на опросник, а не на фактическом поведении, что связано с риском систематической ошибки), они также имеют недостаток первого метода, заключающийся в невозможности сбора показателей, позволяющих правильно измерить процессы участия в регионе. Это отражено в концептуальных аспектах предложений, разработанных такими исследователями, как Fung (5), Burton (47), Rowe & Frewer (48) и Lestrelin et al. (49), которые рассматриваются ниже.

## Более эффективные методы измерения участия

### Критерии измерения

При любой попытке измерения социальной реальности необходимо ответить на два основных вопроса: что измерять и в сопоставлении с кем или с чем? Здесь важно проводить различие (для целей методологии) между единицей анализа (на макроуровне это, как правило, будет административно-территориальное образование или страна, а на микроуровне – отдельные граждане) и единицей измерения (которая обычно относится к одному из анализируемых аспектов). Так, например, в регионе может реализоваться очень продвинутая политика в плане участия общественности в работе территориальной организации, но не имеется такой политики в области здравоохранения, или наоборот. Таким образом, измерение уровня участия во всем регионе может дать неточное представление о реальном уровне участия конкретного местного сообщества. В действительности измеряются не территории, а процессы, стратегии, программы или накопленный опыт. С этой точки зрения административно-территориальные единицы могут рассматриваться как определенные рамки, в пределах которых измеряется уровень участия населения.

Когда единицей анализа участия является индивидуум, а не административно-территориальное образование, агрегирование результатов индивидуальных ответов может привести к искажению картины практики общественного участия. Например, может оказаться, что люди имеют высокий уровень участия в сфере образования, но они более пассивны в сфере здравоохранения или наоборот. В этом случае использование отдельных лиц в качестве единицы измерения участия не будет адекватным. Более последовательный подход мог бы заключаться в разработке показателей с использованием единиц измерения процессов, программ и стратегий, что обеспечивает более высокую обоснованность анализа и определенный уровень сопоставимости данных, вместо использования административно-территориальных образований или

индивидуумов, что сопряжено со значительными ограничениями, о которых говорилось выше. Эти два ограничения чаще всего приводятся в описании практических примеров измерения участия на основе институциональной практики или опросов общественного мнения (см. выше).

Важно достичь определенного уровня консенсуса относительно того, что представляет собой процесс участия (вопрос, который постоянно обсуждается) (50), какие виды деятельности могут быть включены, будь то институциональные или неинституциональные (51), какие аспекты подлежат включению в измерение и как измерять их взаимодействие (52). С учетом вышесказанного процесс участия можно определить как процесс взаимодействия между людьми или социальными субъектами в местах, предназначенных для осуществления этого взаимодействия организованным, хотя и не закрытым способом, с целью коллективного развития деятельности по преобразованию их социальной реальности.

Стратегия измерения этих процессов дает двойное преимущество: она интегрирует видение сверху вниз (видение учреждений) с видением снизу вверх (видение людей, вовлеченных в процесс участия) для оценки объективных условий участия, принимая во внимание важность вклада сообщества, но в то же время признавая, что без институциональной поддержки эти процессы участия не смогут реализовать свой полный потенциал (53).

В нижеследующем разделе предпринимается попытка определить, каким образом можно оперативно определить участие в процессах, программах и стратегиях.

## **Первый этап. Измерение степени участия: каковы масштабы участия?**

Первый ключевой вопрос при разработке любого процесса участия касается фактического охвата процесса с точки зрения институциональных действий. Одной из наиболее частых проблем, связанных с оценкой опыта в этой сфере, является определение цели и масштабов общественного участия.

В рамках концепции участия могут функционировать различные модели, основанные на относительной власти институциональных структур и гражданского сообщества. Таблица 4 иллюстрирует эту реальность.

Измерение уровня участия может происходить вдоль непрерывной оси, на одном полюсе которой располагается абсолютный контроль процесса, осуществляемый институциональными структурами, а на другом – полный контроль, осуществляемый гражданским сообществом. Основываясь на этой идее, авторы сформировали оперативные предложения по измерению уровня участия. Некоторые из разработанных формул измерения уровня участия показаны на рис. 1.

**Таблица 4. Различные концепции процесса участия при разработке и осуществлении программы профилактики беременности в подростковом возрасте**

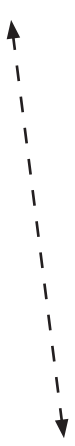
Концепция	Контроль
Сообщество (через свои внутренние механизмы и при поддержке соответствующих учреждений) контролирует все виды деятельности, связанной с разработкой, планированием и осуществлением программы.	
Соответствующие социальные субъекты и ответственные государственные органы вместе управляют реализацией совместно разработанных мер	
Социальные субъекты или члены сообщества, обладающие соответствующими знаниями или полномочиями, определяют приоритеты и содержание профилактической программы, а ответственные учреждения реализуют эту программу в соответствии с решениями, принятыми в процессе совместных обсуждений.	
Проводятся консультации с соответствующими социальными субъектами или членами сообщества, с тем чтобы они могли представить предложения, идеи или инициативы по разработке программы, которая разрабатывается и осуществляется ответственными учреждениями	
Ответственные учреждения информируют соответствующие социальные субъекты (включая образовательные центры, женские ассоциации, молодежные организации, специалистов и экспертов в области здравоохранения) и население в целом о целях и деятельности программы	
Ответственные учреждения планируют и осуществляют профилактическую деятельность без какого-либо выяснения мнений населения.	Институциональный контроль

Рис. 1 представляет собой графический инструмент, предназначенный для измерения глубины участия, достигнутого для каждой реальности, процесса, программы или стратегии, связанной со здоровьем. За исключением двух крайних позиций на этой оси, характеризующей уровни возможного общественного участия, ее можно рассматривать как схематический план или “дорожную карту” деятельности, направленной на повышение уровня общественного участия. Хотя в данном документе и нет необходимости уточнять или детализировать концепции, показанные на рис. 1, так как они часто используются, а для получения дополнительной информации читатели могут воспользоваться ссылками на рисунки (54–57), важно прокомментировать некоторые результаты аналитических исследований, относящихся к этим концепциям.

Во-первых, не все формы взаимодействия между учреждениями и гражданами можно квалифицировать как процессы общественного участия. На самых низких уровнях, характеризуемых сильным институциональным контролем, как это показано на рис. 1, когда такое взаимодействие является сильно институционализированным и когда обмен информацией в области здравоохранения носит весьма ограниченный или предвзятый характер, процессы общественного участия практически отсутствуют.

Во-вторых, хотя авторы по разному акцентируют степени участия общественности, в их моделях имеется ряд общих “станций”, выполняющих роль этапов участия во всех моделях. Существует консенсус в отношении того, что предоставление информации является необходимым элементом любого процесса участия, однако факт предоставления информации не является достаточным основанием для того, чтобы классифицировать конкретный процесс как процесс участия. Несмотря на то, что процесс предоставления информации как бы предполагает некоторое участие населения, само по себе информирование можно охарактеризовать как процесс, в котором участники играют пассивную роль, а распределение власти является минимальным.

Информирование представляет собой первый этап взаимодействия, которое необходимо для более эффективного участия населения.

**Рис. 1. Возможные уровни участия в институциональных стратегиях, программах и процессах**



Существует также консенсус в отношении того, что “консультативная станция” является вторым этапом в процессе общественного участия. Факт консультирования не обязательно предполагает перераспределение полномочий, поэтому результаты консультаций с участниками, как правило, не являются обязательными к исполнению. Тем не менее консультации помогают включить в процессы разработки стратегий и мероприятий, затрагивающих общественные интересы, такие элементы общественного участия, как взаимодействие, коллективная оценка потребностей и мнений, а также учет (по крайней мере, в консультативном порядке) предпочтений граждан.

Информирование, коммуникация и консультации являются областями низкого уровня для оценки возможных степеней участия. Для достижения более высокого уровня общественного участия необходимы такие предпосылки, как определение конкретной цели процесса участия, достаточные ресурсы, политическая воля и способность сообщества к коллективным действиям.

## Второй этап. Критерии измерения общественного участия: какой тип участия?

Независимо от степени участия, достигнутого или предусмотренного для данного процесса, вторым этапом в любой стратегии измерения участия является определение желаемого типа участия. Это приводит к рассмотрению архитектуры процессов участия на основе трех основных характеристик, упомянутых в таблице 1: инклюзивность, интенсивность и влияние.

В последние десятилетия были предприняты интересные усилия по практическому использованию этих трех характеристик, которые играют роль концептуальных элементов измерения участия. В таблице 5 представлены некоторые из наиболее важных стратегий такого рода.

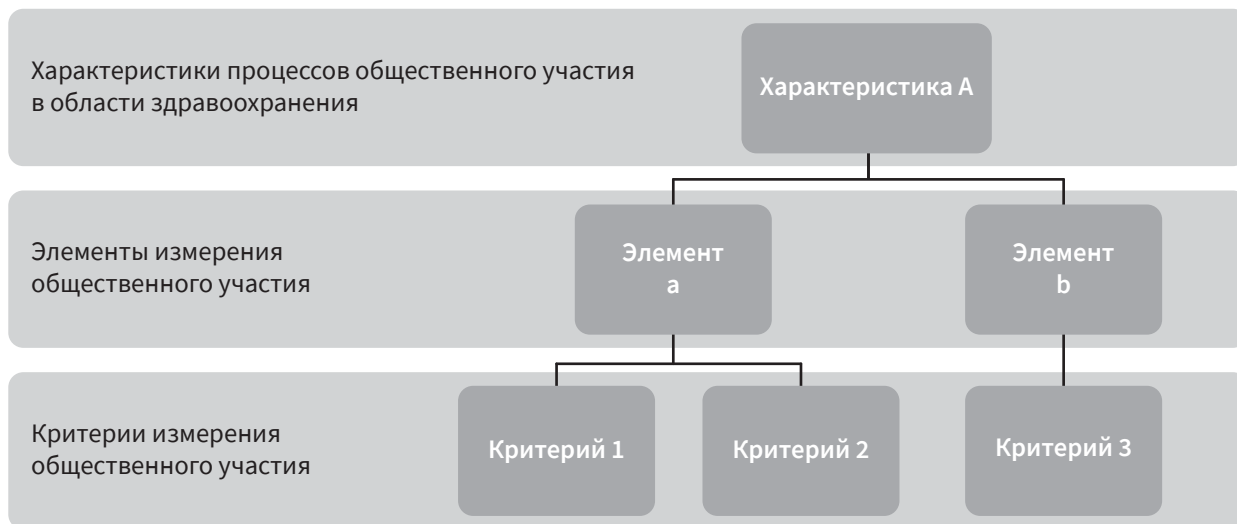
В соответствии с этими стратегиями инклюзивность характеризуется способами вовлечения людей в процесс участия и степенью соответствия между составом участников процесса и реальной структурой конкретного сообщества. Понятие интенсивности включает такие элементы, как способы обеспечения взаимодействия с участниками, условия этого взаимодействия и способы коллективных действий на основе общественного участия, предусмотренных самим процессом. Наконец, при измерении степени влияния используются такие критерии, как способы принятия коллективных решений в процессе участия, эффективность участия сообщества в рамках процесса и достигнутые результаты, а также способы и степень использования этих результатов институциональными структурами в области здравоохранения.

Таблица 5. Характеристики, концептуальные критерии и элементы измерения участия

		Основные характеристики		
		Инклюзивность	Интенсивность	Влияние
Концептуальные элементы в работах цитируемых авторов	Rowe и Frewer (48)	Репрезентативность	Независимость, вовлечение на раннем этапе, прозрачность, ресурсы, определение задач, соотношение затрат и выгод	Влияние Структура принятия решений
	Fung (5)	Модели отбора участников	Модели коммуникации и принятия решений	Формальная и неформальная власть
	Burton (47)	Модели отбора	Модели общественного участия	Уровни участия в процессе принятия решений
	Lestrelin et al. (49)	Присутствие	Голос	Понимание
Элементы измерения участия		Инклюзивность	Аналитическое обсуждение	Информационный поток Принятие решений
			Институциональная приверженность	Потенциал сообщества

Измерение рассматривается как часть процесса практической реализации, который начинается с самых теоретических и абстрактных концепций и в рамках которого предполагается определить критерии, позволяющие оценить реальное влияние соответствующей программы или процесса общественного участия. В схематическом виде этот процесс операционализации приводится в рис. 2.

**Рис. 2. Схема операционализации для измерения процессов общественного участия в области здравоохранения**



После определения трех основных характеристик возникает необходимость найти те элементы измерения, которые могут наилучшим образом соответствовать описанному концептуальному составяющему.

Для решения этой задачи необходимо сформулировать серию осей или элементов, которые в совокупности способны регистрировать значительное разнообразие ситуаций, которые могут возникнуть на практике и которые определяют структуру и характер процесса общественного участия. Представленное здесь предложение включает шесть оперативных элементов измерения, которые отвечают трем вышеуказанным характеристикам (инклюзивность, интенсивность и влияние). В некоторых случаях элементы связаны с одной характеристикой, а в других, как видно из таблицы 4, они обладают синергической способностью служить факторами, которые одновременно измеряют несколько характеристик.

Ниже приводятся шесть элементов оценки общественного участия.

- 1. Инклюзивность/инклюзия** (элемент, характеризующий участие населения): это предполагает использование операционных критериев для измерения степени неоднородности выборки граждан (независимо от метода ее формирования) (58) и условий их участия в процессе принятия решений. На высоких уровнях все субъекты, участвующие в той или иной программе или стратегии здравоохранения (такие, как организации общественного здравоохранения, пациенты, пользователи медицинских услуг, пострадавшие группы населения, специалисты и эксперты), принимают участие в этом процессе и обладают потенциалом для вмешательства и поиска адекватных каналов участия.
- 2. Аналитическое обсуждение** (элемент, характеризующий интенсивность): такое обсуждение должно включать критерии измерения воздействия коммуникационного взаимодействия



на участников процесса. На условия аналитического обсуждения влияют такие аспекты, как наличие времени и информации для достижения консенсуса по диагностике проблем в области здравоохранения. Результаты аналитического обсуждения должны указывать на то, в какой степени взаимодействие привело к коллективному принятию предложений о тех или иных действиях.

- 3. Информационный поток** (элемент, относящийся к таким характеристикам, как интенсивность и влияние): поток информации по вопросам здоровья регистрируется в процессе общественного участия дважды: 1) на этапе выработки предложений и идей и 2) после принятия решений о действиях или после получения результатов. На обоих этапах необходимо измерить, распространяется ли информация на справедливой и горизонтальной основе между основными действующими субъектами (горизонтальные потоки информации), а также между различными институциональными уровнями, отвечающими за вопросы здравоохранения (вертикальные потоки информации). Кроме того, при анализе информационных потоков также было бы полезно выяснить, как ценятся различные виды знаний, поскольку неравная ценность, присваиваемая различным знаниям (включая непрофессиональные и профессиональные знания), может быть одной из причин неравенства в отношении здоровья.
- 4. Принятие решений** (элемент, относящийся к таким характеристикам, как интенсивность и влияние): данная группа критериев позволяет оценить условия, в которых принимаются решения (при этом сама оценка осуществляется с точки зрения участников). Особое внимание при работе с этими критериями следует уделять наличию (или отсутствию) основанных на консенсусе механизмов принятия решений, степени осведомленности о характере и масштабности решений и оценке контекстуальных условий, в которых они принимаются.
- 5. Институциональная приверженность** (элемент, относящийся к таким характеристикам, как интенсивность и влияние): данная группа критериев позволяет измерять степень эффективности и институциональные последствия, благодаря чему создаются условия, необходимые для гарантированного выполнения партисипативных решений.
- 6. Потенциал сообщества** (элемент, относящийся к характеристике влияния): в данном случае имеет место интеграция критериев измерения власти сообщества в отношении двух фундаментальных аспектов: первый – это способность влиять на правила процесса участия для достижения реального контроля над осуществляемыми действиями, а второй связан с измерением способности сообщества владеть активами, генерируемыми процессом участия.

При этом возникает необходимость в проведении различия между измерением и оценкой. Измерение – это присвоение числового значения характеристикам объектов или событий с целью их сравнения с другими объектами или событиями, которые нас интересуют в конкретном контексте (в данном случае речь идет о процессах общественного участия в области здравоохранения). Измерение представляет собой независимый (или, по крайней мере, предшествующий) элемент оценки. При проведении оценки полученные результаты измерения сравниваются со стандартной мерой и на основании этого сравнения выносится соответствующее суждение. Измерение позволяет определить степень участия в процессе в отношении предложенного показателя, но результаты измерения необходимо контекстуализировать с точки зрения того, что происходит в других процессах участия в аналогичных областях. Именно такая контекстуализация позволяет оценивать общественное участие.

На рис. 3 приведено сводное описание этой практической модели измерения общественного участия, в котором каждый элемент содержит шесть измеримых критериев (поэтому измерение



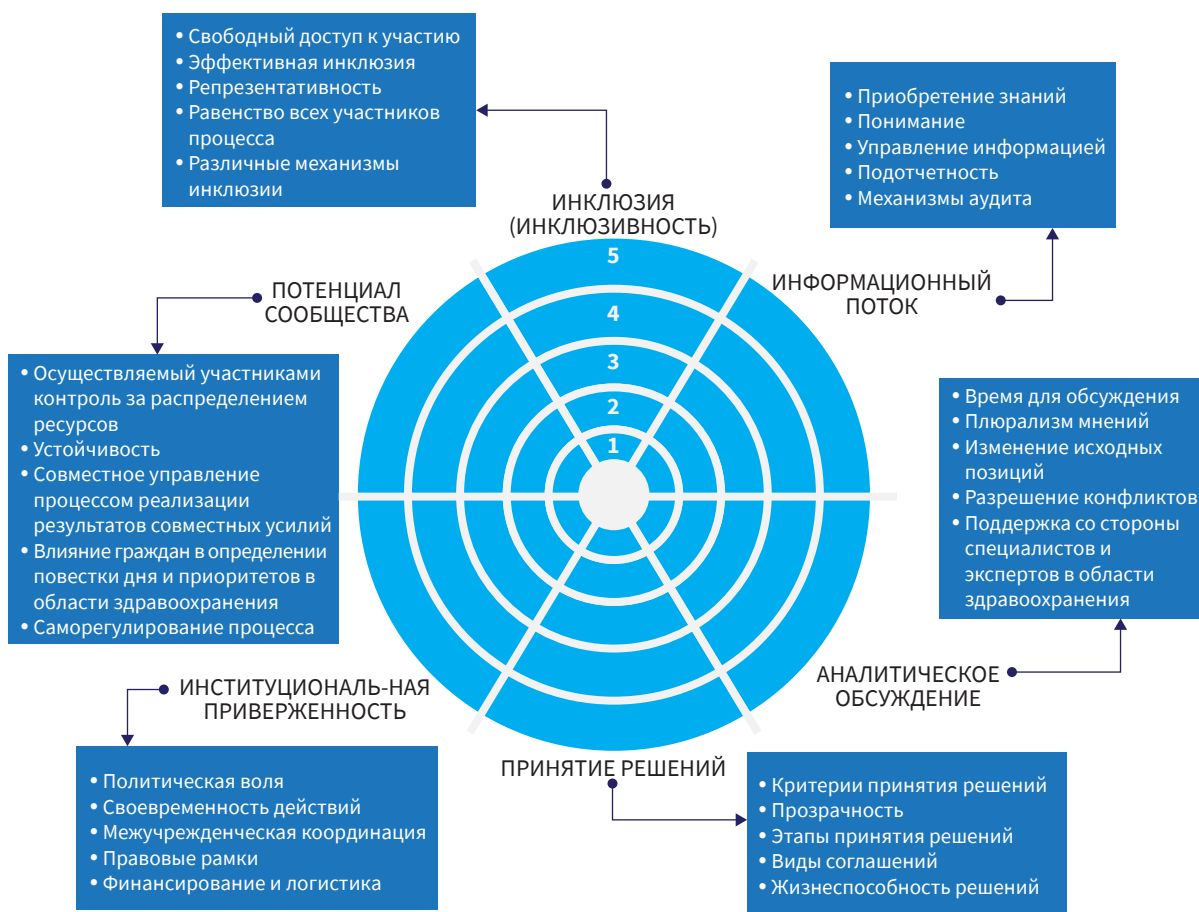
проводится с использованием 30 критериев). Результаты измерения могут варьироваться от нуля (не удовлетворен ни один из пяти критериев элемента) до пяти баллов (удовлетворены все критерии) для каждого элемента.

Можно использовать два варианта такой модели измерения. Первый предлагается в одномерном выражении и он позволяет оценивать партисипативные процессы, программы и стратегии по шкале от нуля (никакого общественного участия) до 30 пунктов (очень широкое общественное участие). Второй и очень интересный вариант модели состоит из шести элементов, которые представляют пространство партисипативного процесса.

Решение о том, соблюдены ли определенные критерии, может приниматься по-разному; такой свободный выбор облегчает адаптацию инструмента измерения к конкретным контекстам и программам. Поэтому оценка каждого критерия может быть дихотомизирована (соответствует этому критерию/не соответствует этому критерию) или она может предусматривать определение степени соответствия. Существует также выбор между моделью измерений, проводимых самими участниками процесса, и моделью измерений, проводимых внешним, независимым субъектом.

Кроме того, процедура измерений может предусматривать как использование критериев одинакового веса, так и использование критериев, различающихся по своему весу. В данном документе предлагается типовой инструмент измерения общественного участия, который можно адаптировать с учетом реальных потребностей в конкретных контекстах или программах.

**Рис. 3. Элементы и критерии измерения процессов общественного участия**



## Непреднамеренные последствия (неадекватного) общественного участия: важная роль оценки эффективности участия

В целом общественное участие можно рассматривать как эффективный механизм повышения справедливости в отношении здоровья и доступа к другим социальным благам, но если при разработке и реализации этого механизма были допущены ошибки, его использование может привести к негативным последствиям. Понимание того, как властные полномочия влияют на динамику участия общественности имеет ключевое значение. Поэтому крайне важно оценивать процессы общественного участия с точки зрения таких элементов, как инклюзивность, аналитическое обсуждение, информационный поток, принятие решений, институциональная приверженность и потенциал сообщества. Примеры из практики приведены во вставке 3.

### **Вставка 3. Примеры из практики**

#### **Датская стратегия в отношении гетто**

Стратегия, задуманная как средство расширения участия местного сообщества и добровольчества, на практике привела к гражданскому самоотчуждению и изоляции в районах, обозначенных как гетто. Муниципалитетные органы продвигали по их мнению инновационную программу, но у жителей, для которых она была разработана, не имелось ни культурного капитала, позволяющего реализовать эту программу, ни власти, чтобы планировать конкретные действия, поскольку финансированию подлежали только те виды деятельности, которые политически оценивались как “новые” и “инновационные” (59).

#### **Обеспечение граждан Бангладеш безопасной питьевой водой**

В эксперименте, проведенном в Бангладеш, проводилось сравнение вертикальной программы (по модели “сверху вниз”) и двух программ, в которых принятие решений было делегировано на местный уровень. В рамках одной программы с делегированными полномочиями местное сообщество само создало систему принятия решений, в то время как в другой такой программе были предусмотрены механизмы ограничения контроля и влияния элиты, так как все решения должны были приниматься на открытом собрании, для участия в котором нужно было соответствовать установленным критериям включения. Все три программы способствовали повышению уровня обеспечения населения безопасной питьевой водой, но с помощью более инклюзивного подхода был достигнут результат, который был на 67% выше, чем при использовании двух других подходов. Этот успех объясняется как вовлечением в принятие решений более широкого круга людей по сравнению с двумя другими группами, так и использованием правил, направленных на предотвращение “захвата” наибольших выгод от программы элитой или влиятельными членами сообщества (60).

## Библиография<sup>2</sup>

1. Ganuza E, Francés F. Rethinking the sources of participation: a case study of Spain. *Eur Sociol Rev.* 2008;24:479–93.
2. Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной Медико-санитарной помощи. Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/113875/E93944R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf)).
3. Participation: what it is and why do it? In: Scottish Health Council [website]. Glasgow: Scottish Health Council; 2014 ([http://www.scottishhealthcouncil.org/patient\\_\\_public\\_participation/participation\\_toolkit/participation\\_what\\_and\\_why.aspx#.Wrpv\\_i5uaUm](http://www.scottishhealthcouncil.org/patient__public_participation/participation_toolkit/participation_what_and_why.aspx#.Wrpv_i5uaUm)).
4. Rose N, Miller P. Political power beyond the state: problematics of government. *Br J Sociol.* 1992;43(2):173–205.
5. Fung A. Varieties of participation in complex governance. *Publ Admin Rev.* 2006;66(s1):66–75.
6. Francés F, La Parra D, Román MAR, Ortiz-Barreda G, Briones-Vozmediano E. Toolkit on social participation. Methods and techniques for ensuring the social participation of Roma populations and other social groups in the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes to improve their health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/toolkit-on-social-participation.-methods-and-techniques-for-ensuring-the-social-participation-of-roma-populations-and-other-social-groups-in-the-design,-implementation,-monitoring-and-evaluation-of-policies-and-programmes-to-improve-their-health-2016>).
7. Устав (конституция) Всемирной организации здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1946 г. (с поправками от 1977, 1984, 1994 и 2005 гг.) (<http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-ru.pdf>).
8. Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Стратегическое руководство для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/governance-for-health-equity>).
9. Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Ottawa: Institute On Governance; 2003 (Policy Brief No.15; <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).
10. Boyce T, Brown C. Engagement and participation for health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2017/engagement-and-participation-for-health-equity-2017>).
11. Popay J, Williams G, Thomas C, Gatrell A. Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociol Health Illn.* 1998;20(5):619–44.
12. Bourdieu P. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil; 2003.
13. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet* 2016;4(12):PE895-E896.
14. Mondragon Corporation [website]. Gipuzkoa: Mondragon Corporation; 2018 (<https://www.mondragon-corporation.com/en/>).

<sup>2</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 4 июня 2019 г.

15. Community action in public health policy. Lessons learned from twenty years of community capacity building in San Francisco through the community action model. Oakland (CA): Bright Research Group; 2016 (<https://2gahjr48mok145j3z438sknv-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/CAM-Case-Study-Final-9.12.16-to-TFP.pdf>).
16. Vecchiarelli S, Prelip M, Slusser W, Weightman H, Neumann C. Using participatory action research to develop a school-based environmental intervention to support healthy eating and physical activity. *Am J Health Educ.* 2005;36(1):35–42.
17. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int.* 2009;24(1):16–25.
18. Jonsson RN. Prevention in Iceland – success and development. Reykjavik: Directorate of Health; 2018 ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/ev\\_20180320\\_co08\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/ev_20180320_co08_en.pdf)).
19. Allen M, Allen J, Hogarth S, Marmot M. Working for health equity: the role of health professionals. London: UCL Institute of Health Equity, Department of Epidemiology & Public Health; 2013 (<http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals-full-report.pdf>).
20. What is deliberative polling? In: Center for Deliberative Democracy [website]. Stanford (CA): Stanford University; 2014 (<http://cdd.stanford.edu/polls/>).
21. Community-based participatory research: assessing the evidence. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 (Evidence Report/Technology Assessment No. 99; <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf>).
22. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 20. Implementing PhotoVoice in your community. In: Community Toolbox [website]. Lawrence (KS): University of Kansas; 2014 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/photovoice/main>).
23. Harper K. Across the bridge: using PhotoVoice to investigate environment and health in a Hungarian Romani (Gypsy) community. Maynooth: European Association of Social Anthropologists; 2010 ([http://works.bepress.com/krista\\_harper/15/](http://works.bepress.com/krista_harper/15/)).
24. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 6. Conducting focus groups. In: Community Toolbox [website]. Lawrence (KS): University of Kansas; 2014 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/conduct-focus-groups/main>).
25. Socas J, Saavedra LM, Hernández G. La técnica del flujograma: apuntes desde la práctica. Experto en Nuevas Metodologías de las Ciencias Sociales [Flowchart technique: practice notes. Expert in New Methodologies of Social Sciences]. Madrid: International Observatory of Citizenship and Sustainable Environment (CIMAS); 2003 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/conduct-focus-groups/main>).
26. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 14. SWOT analysis: strengths, weaknesses, opportunities, and threats. In: Community Toolbox [website]. Lawrence (KS): University of Kansas; 2014 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/swot-analysis/main>).
27. Participatory budgeting in the UK – a toolkit. Second edition, January 2010. Manchester: Church Action on Poverty PB Unit; 2010 (<http://www.pbpartners.org.uk/participatory-budgeting-toolkit-2010/>).

28. Hall J. Your community, your health, your voice. In: Participedia [website]. Participedia; 2013 (amended 2017) (<https://participedia.xyz/case/1188>).
29. Citizens jury handbook. Saint Paul (MN): Jefferson Center; 2004 ([http://www.rachel.org/files/document/Citizens\\_Jury\\_Handbook.pdf](http://www.rachel.org/files/document/Citizens_Jury_Handbook.pdf)).
30. Valqui Vidal RV. The future workshop. In: Valqui Vidal RV, editor. Creative and participative problem solving – the art and the science. Lyngby: Technical University of Denmark; 2006:1–21.
31. Chevalier JM, Buckles DJ. Handbook for participatory action research, planning and evaluation. Ottawa: SAS2 Dialogue Inc.; 2013 (<https://www.uwlanc.org/sites/uwlanc.org/files/Planning%20and%20Evaluation.pdf>).
32. Bath P. Participatory strategic planning. A how-to guide for nonprofits. Aligning visions. Truckee (CA): Aligning Visions LLC; 2013 (<http://www.aligningvisions.com/19.html>).
33. Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones [Co-management and citizen participation for primary health care in facilities of the Ministry of Health and the Regions. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2008:35-45 ([http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079\\_minisa1474.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079_minisa1474.pdf)).
34. European Commission. The migrant-friendly hospitals project – in a nutshell. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion); 2005 (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>).
35. Mediating Romani health. Policy and program opportunities. New York (NY): Open Society Institute; 2005 (<https://www.opensocietyfoundations.org/reports/mediating-romani-health-policy-and-program-opportunities>).
36. Roma health mediation in Romania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (Roma Health Case Study Series No. 1; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/roma-health-mediation-in-romania-2013>).
37. Barreto Dillon L. Participatory monitoring and evaluation [website]. Basel: Sustainable Sanitation and Water Management Toolbox (Seecon International); 2013 (<http://www.sswm.info/category/planning-process-tools/ensuring-sustainability/tools-ensuresustainability/ensure-sustain-0>).
38. Coelho VSP. Brazil's health councils: the challenge of building participatory political institutions. *IDS Bull.* 2004;35(2):33–9.
39. Health advocacy framework. Strengthening health advocacy in Queensland. Brisbane (QLD): Health Consumers Queensland; 2011 (<https://www.healthissuescentre.org.au/images/uploads/resources/The-Advocacy-Toolkit-for-Consumers-Queensland-Health-2011.pdf>).
40. Tella R. Advisory services against ethnic discrimination in municipalities. Helsinki: Ombudsman for Minorities; 2006 ([https://www.syrjinta.fi/documents/10181/10850/31686\\_ethnic\\_discrimination\\_riikka\\_tella\\_2006.pdf/e77505c5-8a40-4d05-8dd0-e5321c04781b](https://www.syrjinta.fi/documents/10181/10850/31686_ethnic_discrimination_riikka_tella_2006.pdf/e77505c5-8a40-4d05-8dd0-e5321c04781b)).
41. Regional development of anti-discrimination advisory services. Experiences from the implementation of advisory services and results on the identification and tackling of discrimination. Helsinki: Ombudsman for Minorities; 2011 ([https://www.syrjinta.fi/documents/10181/10850/31720\\_alueellinen\\_neuvonta\\_englanti.pdf/eb375a42-e598-428b-abb0-7df51f937bc9](https://www.syrjinta.fi/documents/10181/10850/31720_alueellinen_neuvonta_englanti.pdf/eb375a42-e598-428b-abb0-7df51f937bc9)).
42. Zukoski A, Luluquisen M. Participatory evaluation. What is it? Why do it? What are the challenges? Community-based public health policy and practice. Partnership for the public's health. Washington (DC): The California Endowment; 2002.

43. Grootaert C. Assessing empowerment at the national level in eastern Europe and central Asia. In: Narayan D, editor. *Measuring empowerment. Cross-disciplinary perspectives*. Washington: World Bank; 2005:309–340 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7441/344100PAPER0Me101Official0use0only1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
44. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2001 г. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85930/9241545445\\_rus.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85930/9241545445_rus.pdf)).
45. Rifkin S, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):931–40.
46. Technical meeting on measuring and monitoring action on the social determinants of health. Meeting summary report. Ottawa, Canada, 20–22 June 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://www.who.int/social\\_determinants/meeting-report-measuring-and-monitoring-action-on-SDH.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/meeting-report-measuring-and-monitoring-action-on-SDH.pdf?ua=1)).
47. Burton P. Conceptual, theoretical and practical issues in measuring the benefits of public participation. *Evaluation* 2009;15(3):263–84.
48. Rowe G, Frewer L. Public participation methods: a framework for evaluation. *Sci Technol Human Values* 2000;25(1):3–29.
49. Lestrelin G, Bourgoin J, Bouahom B, Castella J. Measuring participation: case studies on village land use planning in northern Lao PDR. *Appl Geogr*. 2001;31:950–8.
50. Gibson R, Cantijoch M. Conceptualizing and measuring participation in the age of the Internet: is online political engagement really different to offline? *J Politics* 2013;75(3):701–16.
51. Barnes SH, Kaase M, editors. *Political action. Mass participation in five western countries*. Beverly Hills (CA): Sage; 1979.
52. King G. Perspectives on measuring participation: going forward. *Child Care Health Dev* 2013;39(4):466–9.
53. Jensen A. Beyond the borders: the use of art participation from the promotion of health and well-being in Britain and Denmark. *Arts Health* 2013;5(3):204–15.
54. Rowe G, Frewer L. A typology of public engagement mechanisms. *Sci Tech Human Values* 2015;30:251–90.
55. Morgan M, Lifshay J. A ladder of community participation in public health. In: Mikler M, editor. *Community organizing and community building for health and welfare*, 3rd edition. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2012:437–9.
56. Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association* 1969;35(4):216–24.
57. Popay J. *Community engagement, community development and health improvement*. Lancaster: Lancaster University; 2006.
58. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy* 2009;91(3):219–28.
59. Hindhede AL. Neighbourhood renewal, participation, and social capital in deprived areas: unintended consequences in a Nordic context. *European Societies* 2016;18(5):535–59.
60. Madajewicz M, Tompsett A, Habib A. Community participation in decision-making. Evidence from an experiment in safe drinking water provision in Bangladesh. Stockholm: Stockholm School of Economics; 2015 (<https://www.hhs.se/contentassets/2b829a3edbb846b7aeffd793cf60ada3/participation-in-decision-making-new--v6.pdf>).







## 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  
Венгрия  
Германия

Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан

Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация

Румыния  
Сан-Марино  
Северная Македония  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан

Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

Оригинал: английский



## 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: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)