числе через развитие в национальной экономике тонких инструментов управления, таких как СФБ.

**Литература**


1. *Джонсон С.* Подъем суверенных фондов накопления богатства // Финансы & развитие. 2007. № 57 (сентябрь). http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/09/pdf/straight.pdf
2. Sovereign Wealth Quarterly. 3rd Quarter – October 2008 // Sovereign Wealth Fund Institute.
3. Generally Accepted Principles and Practices (GAPP) – Santiago Principles. http://www.iwg-swf.org/pubs/rus/gapplistr.pdf
4. OECD Declaration on Sovereign Wealth Funds and Recipient Country Policies, June 2008. http: // www.oecd.org / dataoecd /0/23 /41456730.pdf
5. "A common European approach to Sovereign Wealth Funds", European Commission Communication, 27 Feb 2008.


# ЕДИНСТВО СОЦИАЛЬНОЙ И ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ


**Сергей КУРДЯЕВ**

**- соискатель кафедры управления социальными и экологическими системами РАГС**


В Конституции РФ отражено право каждого гражданина России на охрану здоровья и медицинскую помощь. Средством его реализации выступает социальная политика государства, от ее выполнения в конечном итоге зависят состояние здоровья населения и перспективы его изменения.

Само понятие «политика» по методологии Т. Парсонса определяется как целенаправленная, преобразующая деятельность, связанная с мобилизацией и использованием тех или иных видов общественных ресурсов. А социальная политика понимается как целенаправленная деятельность государства по перераспределению ресурсов среди граждан с целью достижения благополучия [1] . И.А. Григорьева рассматривает социальную политику как «деятельность государства и/или общества по согласованию интересов различных социальных групп и социально-территориальных общностей в сфере производства, распределения и потребления, позволяющая согласовать интересы этих групп с интересами человека и долговременными целями общества» [2]. По мнению В.Н. Ярской, суть социальной политики заключается в интеграции механизмов и способов, посредством которых правительство, власть различных уровней влияют на жизнь населения, стремясь к стабильности и равенству [3].

Очевидно, что социальная политика объективно имеет в своей основе коммуникативно-информационную составляющую. Отсюда с необходимость возникает необходимость информационного обеспечения социальной политики, которая реализуется в процессе выполнения социальной функции информационной политики. Информационная же политика по определению есть система целенаправленных коммуникативно-информационных действий [4].

Учитывая единство и различия государственной социальной политики и государственной информационной политики, следует отметить, что у них единое ядро – государственная власть, которая имеет коммуникативные связи или отношения людей по поводу того, чтобы быть ее субъектом. Между субъектами и объектами власти устанавливается взаимодействие в форме политической коммуникации, где первичные субъекты – социальные группы [5].

Социальная политика – многоуровневое понятие, которое помимо собственной институциональной сущности отражает социальную сферу жизни общества, обусловленную потребностью физического и культурного воспроизводства, и деятельность таких институтов, как социальная защита, образование, культура, средства массовой информации и коммуникации, здравоохранение и др.

Информационно-коммуникативные механизмы реализации социальной политики характеризуются рядом трудностей: нехваткой финансовых средств; слабостью организационного и управленческого потенциала; разрывом между декларируемыми целями и задачами социальной политики и их реальным осуществлением; противоречиями между различными уровнями власти (федеральной, региональной и муниципальной) в реализации социальных программ; несоответствием между необходимыми новыми информационно-коммуникативными технологиями и современным состоянием государственного и муниципального управления; отсутствием опережающего информационного эффекта и должного информационного обеспечения проводимых социальных реформ.

Перечисленные трудности имеют прямое отношение и к социальной политике в сфере общественного здоровья, но основная методологическая сложность сводится к тому, что традиционно социальная политика рассматривала человека как пассивный объект своей деятельности и не требовала от него активного отношения к состоянию своего собственного здоровья.

Новые социально-экономические условия поставили социальные группы и индивида перед необходимостью быть включенными в социальную политику в качестве равноправных акторов и партнеров государства, что позволит обеспечить мобилизацию внутренних ресурсов и изменение мотивации, способствуя тем самым значительному повышению эффективности социальной политики в сфере здравоохранения.

По мнению специалистов, социальная политика государства неадекватна состоянию здоровья населения, уровень которого неудовлетворителен. Ситуация, сложившаяся в области здравоохранения и здоровья населения, представляет угрозу успешному выживанию и активному развитию России. Каждое следующее поколение россиян рождается менее здоровым и менее жизнеспособным [6].

Проблемой номер один в социальной политике государства остается фактическое невосприятие здоровья населения в качестве экономического и социального капитала, несмотря на то, что, по мнению экономистов, именно человеческий капитал, обеспеченный за счет инвестиций в образование, воспитание, здравоохранение, является важнейшим фактором экономического роста страны. По оценке Всемирного банка, которая относится к 192 странам мира, на долю физического капитала (накопленные материально-вещественные фонды) приходится в среднем 16% общего богатства, на долю природного капитала – 20%, на долю человеческого капитала – 64%. Для России же эти пропорции составляют соответственно 14, 72 и 14%. Качество человеческого капитала обусловливает конкурентоспособность рабочей силы, российского бизнеса, производительности труда и развития экономики в целом.

К сожалению, в России объектом социальной политики в сфере здравоохранения являются массовые заболевания и группы

людей, подверженных им. Здоровая часть населения, здоровый человек находятся вне поля внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся какие-либо заболевания. И чем серьезнее, тяжелее эти заболевания – тем больший интерес, экономический и научный, они представляют для здравоохранения.

Основными задачами социальной политики в сфере повышения уровня индивидуального и общественного здоровья, на наш взгляд, являются:

- формирование потребности в здоровье у различных социально-демографических групп;
- помощь в осознании ценности здоровья для каждого человека и общества в целом;
- обеспечение достойного уровня и качества жизни всем социальным слоям;
- усиление контроля над состоянием окружающей среды;
- внедрение различных форм и методов обучения заботе о здоровье, здоровьесберегающих технологий в систему школьного образования;
- усиление роли СМИ в формировании потребности в здоровье, пропаганде здорового образа жизни.

Решение указанных задач в значительной степени зависит от наличия идеологии здоровья, которая должна стать ядром социальной и информационной политики. Сохранение, развитие и совершенствование здоровья предполагает наличие единой управленческой структуры, призванной преодолеть ведомственную разобщность, разрыв в системе социальных коммуникаций между субъектами, ответственными за состояние общественного здоровья. Своими документами Всемирная организации здравоохранения (ВОЗ) поставит перед странами мирового сообщества задачу пересмотра государственных политик в области охраны здоровья, возлагая ответственность не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии населения [7].

После такого изменения основного критерия успешности социальной политики – перехода от ориентации на расходы, выделяемые на нужды здравоохранения, к ориентации на здоровье конкретного человека – существенно возросла роль мониторинга здоровья. Исследования состояний общественного сознания (общественного мнения, социального самочувствия и социального настроения), учет мнения людей об их здоровье и факторах, влияющих на него, социально-экономической и культурно-этнической обстановки на местах невозможны без проведения мониторинга процессов, происходящих в этой сфере.

Важнейшим направлением улучшения качества здоровья населения является повышение его информированности и формирование соответствующих потребностей, что может быть достигнуто через систему образования, а также СМИ и массовых коммуникаций. Ценности культуры здоровья, пропаганда самосохранительного поведения – вот главные задачи этих социальных институтов. Население, не получающее систематической информации, оказывается неспособным управлять своим образом жизни, поведением, оценивать степень и характер воздействия окружающей – социальной и физической – среды на здоровье.

Результаты проведенного нами в июле 2009 года экспертного опроса руководителей лечебно-профилактических учреждений, специалистов окружных управлений и Департамента здравоохранения г.Москвы показали: больше половины опрошенных (51,8%) считает, что население получает объективную информацию о политике государства в сфере общественного здоровья через телевидение; 28,9% – из сети Интернет и 7,2% – из прессы.

Отвечая на вопрос о степени убедительности разъяснения в СМИ смысла проводимой государством политики в сфере здравоохранения, 33,7% респондентов ответили – «скорее не убедительно» и 25,3% - «совершенно не убедительно». Оценивая вклад СМИ в формировании установки на здоровье как жизненной ценности, 79,6% экспертов дали ответы: «негативный» (16,9%), «скорее негативный» (24,1%) и «недостаточно позитивный» (38,6%).

Когда речь идет об управлении здоровьем, то здесь на первое место выходит проблема информационного взаимодействия, коммуникации с индивидом, в результате которых у него формируется потребность сохранить и укрепить здоровье и свое своих близких. Если же такой потребности не формируется, государство может закрепить на правовом уровне ответственность за здоровье самого человека. В ряде стран уже предпринимаются попытки лишения человека бесплатных медицинских услуг, если он не следует установленным правилам самосохранительного поведения, на обучение которым государством затрачены определенные средства.

Одним из компонентов управления здоровьем является обучение здоровью, что обеспечивает в конечном итоге контролируемую грамотность индивида и возможность разделения с ним ответственности за конечный результат – его текущее состояние.

Эффективное управление сферой здравоохранения предполагает наличие обратной связи, которая выражается в результатах измерения субъективных оценок здоровья человека, его информированности, оценки деятельности структур здравоохранения. Субъективная информация, полученная от конкретных индивидов, становится критерием для оценки эффективности органов управления, социальной политики в целом. Этот эффект дает возможность оперативно получать сведения о распространении тех или иных медико-социальных факторов, не прибегая к дорогостоящим исследованиям на основе выборочных опросов населения. Таким образом, появляется возможность измерять ситуацию со здоровьем на местном, территориальном уровне и на ее основе оказывать управляющие воздействия в рамках социальной и информационной политик, формирующих социальные нормы и фактически обеспечивающих то или иное состояние здоровья.

Нынешняя ситуация в сфере индивидуального и общественного здоровья нуждается в существенном улучшении. Для этого целесообразна разработка государственной идеологии здоровья и распространение ее через различные социальные институты – семью, школу, средства массовой информации, здравоохранение.

Только информированный человек, обладающий навыками заботы о здоровье, имеющий соответствующую потребность, а также живущий в обществе, где здоровье является самодостаточной ценностью, сможет обеспечить сохранение и приумножение собственного здоровья, а также здоровья своих близких.

Для этого важным является формирование информационной политики в ее органическом единстве с социальной, что в свою очередь предполагает:

- учет коммуникативно-информационной составляющей социальной политики;
- формирование государственной идеологии здоровья;
- переход от биомедицинской к социальной, а далее – к социально-информациологической парадигме, где объектом системы здравоохранения выступает не «больной человек» и «болезни», а «здоровый человек» и «здоровье», информированный, обладающий навыками заботы о здоровье, навыками самосохранительного поведения;
- включение в социальную и информационную политику в сфере здоровья индивидов и социальных групп в качестве равноправных акторов и партнеров государства;
- применение информационно-коммуникативных стратегий сохранения общественного здоровья нации.

**Литература**

1. Social Policy / Ed. By Baldlock J. et al. N.Y.: Oxford University Press. 1999. P. 21.
2. *Григорьева И.А.* Социальная политика: основные понятия // Журнал исследований социальной политики. 2003. с. 41.

3. *Ярская В.Н.* Социальная политика, социальное государство и социальный менеджмент: проблемы анализа // Журнал исследований социальной политики. 2003. № 1. Т.1.
4. Информационная политика. Учебник. Под общ. Ред. д.ф.н., проф. Попова В.Д. М.: РАГС. 2003. С. 36.
5. Социальная политика. Учебник. Под общ. Ред. д.э.н., проф. Н.А. Волгина. М. 2006, С. 21-24.
6. *Назарова И.Б.* О здоровье населения в современной России // СОЦИС, 1998. № 11. С.123.
7. К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний. М., 1997. С. 1.

# РОЛЬ ШЕРПОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «БОЛЬШОЙ ВОСЬМЕРКИ»

**Илона ЛЫСЫХ**
– аспирантка кафедры новой, новейшей истории и международных отношений Кубанского государственного университета

«Большую восьмерку» сегодня, как и раньше во время существования ее предшественницы – «Большой семерки», называют по-разному: «Совет директоров», «Клуб мировых лидеров», «Новый центр глобального управления», «Мировое правительство». В современной, достаточно четко структурированной системе международных отношений эта организация стоит особняком и занимает особенное положение. Ее нельзя отнести к категории традиционных – специализированных и региональных – международных организаций. Роль «Большой восьмерки» в международной системе определяется, прежде всего, реальным политическим, экономическим и военным весом ее участников. В составе Клуба – четыре из пяти постоянных членов Совета Безопасности ООН и четыре из пяти «официальных» ядерных держав. Члены Клуба, в первую очередь западные государства, обладают в совокупности правом решающего голоса в ключевых международных финансовых институтах – МВФ, Всемирном банке, ЕБРР, Парижском клубе кредиторов. Так, в МВФ совокупная квота «Восьмерки» на начало 2000 года составляла 49,62 процента. На долю стран-участниц «Восьмерки» приходится 49% мирового экспорта, 51% промышленного производства.

Общеизвестно, что все встречи в рамках «Восьмерки» (с момента первого собрания в Рамбуйе в 1975 г.) проходят в формате «без галстуков». Ее решения носят характер политических обязательств государств-участников, но не имеют юридической силы. Неформальный характер деятельности и относительная свобода от сложного бюрократического аппарата позволили главам стран-участниц встречаться друг с другом, согласовывать политику, выдвигать совместные инициативы и взаимодействовать в личной обстановке.

Однако за «ореолом абсолютной неформальности» стоит необходимость соблюдения внушительного количества формальностей и инструкций. Эту основную функцию исполняют специально назначенные помощники глав государств-членов Восьмерки – шерпы*.

В контексте рассматриваемой темы шерпы – это доверенные лица руководителей стран-членов «Большой восьмерки». Шерпы отвечают за контакты с коллегами из зарубежных государств, формирование повестки заседания и подготовку саммита «Большой восьмерки», когда их страна является председателем.

Свое политическое значение слово приобрело не случайно. Учитывая, что само слово «саммит» (summit) на английском означает высокую горную вершину, получается, что «шерп» на дипломатическом языке – это главный координатор, помогающий своему президенту или министру разобраться во всех обсуждаемых на такой встрече проблемах.

Не будет преувеличением сказать, что в проведении саммитов шерпы играют ключевую роль. Именно им обязаны главы государств возможностью в неформальной обстановке обсуждать актуальные проблемы мирового сообщества в рамках ежегодных саммитов.

До 1997 г. руководители России не имели своего шерпа, т.к. наша страна проходила долгий путь интеграции в Клуб. Тем не менее глава государства поручал одному из своих помощников координацию работы по отношениям с «Большой семеркой», а в последующем – внутри «Восьмерки». Как правило, это были руководители Межведомственной комиссии Российской Федерации по сотрудничеству с международными финансово-экономическими организациями и «Семеркой», позже их сменили руководители Межведомственной комиссии по участию Российской Федерации в «Восьмерке». Этапной оказалась встреча в Денвере в 1997 г., в ходе которой произошло становление «Восьмерки» в сферах международной политики, экономики (отчасти) и глобальных проблем. Выразилось это в том, что Россия стала полноправным участником обсуждения данной тематики, и все документы саммитов стали с тех пор разрабатываться при ее непосредственном участии.

Необходимо отметить, что на должность шерпа, как правило, назначались опытные политические деятели, харизматичные личности, дипломаты, умеющие принимать адекватные решения в различных ситуациях. По справедливому замечанию журналистов, ученых и общественных деятелей из многих стран мира подготовка к саммиту, заседание «Восьмерки», разработка итогового коммюнике – тонкая дипломатическая, политическая игра, на исход которой в определенной мере влияют шерпы.

В рамках теории принятия внешнеполитических решений австралиец Р. Ричардсон выделяет психологическое направление, которое в полной мере доказывает, что личностные качества и особенности политических деятелей оказывают прямое влияние на принятие внешнеполитических решений [2].

Первым, еще советским шерпой стал в 1991 г. опытнейший дипломат Е. Примаков. В последующие годы (с 1992 по 2008 гг.) в этой должности были: П. Авен, Б. Фёдоров, А. Шохин, Е. Ясин, А. Чубайс, В. Каданников, В. Потанин, А. Лившиц, А. Шаповальянц, А. Илларионов, И. Шувалов, А. Дворкович (с 19 мая 2008 г. по настоящее время).

С 1996 г. шерпы назначаются распоряжением Президента РФ. В 1995 г. министр экономики Е. Ясин, став шерпой, предложил идею создания специальной межведомственной комиссии по участию РФ в «Большой восьмерке». Первым руководителем этой комиссии и первым официальным шерпой был назначен А. Лившиц, занимавший этот пост с 1997 г. по 1998 г.

С именем А. Илларионова связана история, получившая огласку как в политических кругах, так и в СМИ. Он был назначен на упомянутую выше должность 26 мая 2000 г., работая до этого экономическим советни-

* **Шерпы** (*тиб., вайли* shar pa) – народность, живущая в Восточном Непале, в районе горы Джомолунгма, а также в Индии. Основные занятия – торговля и участие в восхождениях на горные вершины в качестве носильщиков и проводников [1]. В Гималаях шерпами и сегодня называют местных проводников, помогающих альпинистам подняться на вершину. http://ru.wikipedia.org/wiki