

DOI: [10.14515/monitoring.2025.3.2818](https://doi.org/10.14515/monitoring.2025.3.2818)**А. А. Московская****СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
ФОРМЫ, МЕХАНИЗМЫ, ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ****Правильная ссылка на статью:**

Московская А. А. Социальные инновации в медицинской помощи: формы, механизмы, преобразовательный потенциал // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2025. № 3. С. 270—293. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2025.3.2818>.

For citation:

Moskovskaya A. A. (2025) Social Innovation in Medical Care: Forms, Mechanisms and Transformative Potential. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 3. P. 270–293. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2025.3.2818>. (In Russ.)

Получено: 11.12.2024. Принято к публикации: 07.05.2025.

СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ФОРМЫ, МЕХАНИЗМЫ, ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

*МОСКОВСКАЯ Александра Александровна — кандидат экономических наук, директор Центра социального предпринимательства и социальных инноваций, профессор Департамента политики и управления, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия
E-MAIL: amoskovskaya@hse.ru
<https://orcid.org/0000-0003-3516-0285>*

Аннотация. Работа отвечает на вопрос, как социальные инновации позволяют решать острые проблемы здравоохранения и как создается их преобразующий потенциал. Объектом исследования выступают 24 кейса из Европы, представленные на сайте фонда Ashoka по теме здравоохранения.

Интерес к социальным инновациям связан с предположением, что технологических усовершенствований, режимов экономии и перераспределения ответственности за медицинские услуги между государственным и частным здравоохранением недостаточно для производства системных сдвигов. Предполагается, что социальные инновации в европейской медицине, произведенные врачами или вместе с врачами независимыми гражданскими акторами, могут стать точками роста и производства преобразований «снизу вверх». Показано разнообразие форм и механизмов социальных инноваций, которые представлены как динамический процесс вовлечения все новых групп участников в изменение устойчивых практик и институтов. Работа опирается на «отношенческий» подход к пониманию социальных инноваций, которые проходят через несколько кругов взаимодействий прежде, чем изменить status quo.

SOCIAL INNOVATION IN MEDICAL CARE: FORMS, MECHANISMS AND TRANSFORMATIVE POTENTIAL

*Alexandra A. MOSKOVSKAYA¹ — Cand. Sci. (Econ.), Director of the Center for Social Entrepreneurship and Social Innovation, Professor of the School of Politics and Governance
E-MAIL: amoskovskaya@hse.ru
<https://orcid.org/0000-0003-3516-0285>*

¹ HSE University, Moscow, Russia

Abstract. This study addresses the question of how social innovations can address pressing health care challenges and how their transformative potential is created. The object of the study is the descriptions of 24 cases from Europe, presented on the Ashoka Foundation website on the topic of health care.

Interest in social innovations is associated with the assumption that technological improvements, austerity regimes and the redistribution of responsibility for health services between public and private health care are not enough to produce systemic shifts. It is assumed that social innovations, produced by doctors or independent civil actors together with doctors, can become points of growth and the production of transformations “from the bottom up”. The article shows the diversity of forms and mechanisms of social innovations, which are presented as a dynamic process of involving new groups of participants in changing sustainable practices and institutions. The work is based on a «relational» approach to understanding social innovations, which go through several circles of interactions before changing the status quo.

Ключевые слова: социальные инновации, медицинская помощь, трансформационные социальные инновации, здравоохранение, сообщество, врач, пациент

Keywords: social innovation, medical care, transformative social innovation, health care, community, doctor, patient

Благодарность. В статье использованы материалы исследования, выполненного при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-511-00047. Автор благодарит студентов магистратуры НИУ ВШЭ 2023—2024 г. Susan Adiele и Antony Enognegase за обзор базы данных и подготовку списка кейсов, соответствующих цели исследования.

Acknowledgments. The article uses the materials of the study carried out with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research within the framework of scientific project No. 20-511-00047. The author thanks HSE Master's students 2023-2024 Susan Adiele and Antony Enognegase for reviewing the database and preparing a primary list of cases that meet the purpose of the study.

Исследование базируется на анализе деятельности 24 лауреатов глобальной организации поддержки социального предпринимательства Ashoka (далее фонд Ashoka¹), которая с начала 1980-х годов проводит международные конкурсы лучшей практики социальных изменений. Кейсы были отобраны по ключевым словам «health», «healthcare», «medical care» с последующим исключением случаев, не относящихся к медицинской сфере или не содержащих врачей в числе разработчиков. Из первоначального «длинного списка» были выбраны только европейские кейсы. Их оказалось 24 из 12 стран: Великобритании, Венгрии, Германии, Ирландии, Испании, Италии, Норвегии, Польши, Румынии, Франции, Чехии, Швейцарии (см. Приложение). Ограничение анализа европейскими странами обусловлено сравнительной территориальной близостью и сходством систем здравоохранения между Европой и Россией, достаточным предметным разнообразием европейского пула кейсов и возможностью представить их анализ в одной статье. Отсутствие России в списке обусловлено тем, что фонд Ashoka пока не проводил конкурсов в России. Для исследования проанализированы тексты, описывающие причины, ключевые идеи и формы реализации инновационных решений.

Цель работы — выявить формы, механизмы и преобразовательный потенциал социальных инноваций в медицине, произведенных врачами или вместе с врачами независимыми гражданскими акторами, в качестве которых выступают победители конкурса социального предпринимательства фонда Ashoka. В фокусе — производство изменений в организации и повышении качества медицинских услуг, идущих «от человека», строящихся вокруг человека и осуществляемых «снизу вверх». Они находятся в сфере взаимодействия множества агентов: врача и пациента, врача и его коллег, в том числе и из других областей медицины, а также другого медицинского и немедицинского персонала.

Значимость выбранного подхода определяется тем, что, во-первых, инновации в медицине воспринимаются государством и многими стейкхолдерами по аналогии с инновациями в промышленности как вопросы развития технологий. Однако

¹ Подробнее см. сайт организации: www.ashoka.org.

при всей их важности медицина остается социальной сферой в том смысле, что затрагивает человека и социальные группы, их ценности и отношения друг с другом и направлена на создание общественных благ. Эти вопросы во многом упущены реформами здравоохранения как в Европе, так и в России.

Во-вторых, инновации, инициированные «сверху», издавелека, исходят из потребностей административной системы управления здравоохранением. Тем самым они часто смещают фокус с интересов пациентов и практикующих врачей на иные цели, например эффективность, рациональность распределения ресурсов и соблюдение нормативного порядка. Наоборот, социальные преобразования «снизу вверх» отличаются тем, что выявляют болевые точки, в которых ни государство, ни бизнес не могут решить реально существующие проблемы людей и проблемы производства общественных благ. Об этом, в частности, свидетельствуют теории «провалов рынка» и «провалов государства» [Salamon, 1987].

В-третьих, исследование социальных инноваций позволяет рассматривать предложенные в кейсах решения как точки роста и потенциал социальных преобразований в здравоохранении. Они часто выходят за рамки заполнения пробелов, оставленных государством или рынком, и обращены в будущее. Для того чтобы понять специфику социальных инноваций, в исследовании используется теория преобразующих социальных инноваций [Pel et al., 2020].

Социальное предпринимательство и социальные инновации: предпосылки исследования

Данная статья не посвящена исследованию социального предпринимательства как такового. Этот термин используется здесь описательно и лишь постольку, поскольку он применяется фондом Ashoka, из базы которого взяты кейсы. В центре исследования находятся инновации, созданные победителями его конкурсов.

Сам фонд Ashoka, хотя и не использует термин «социальные инновации» (далее СИ), утверждает в качестве основной своей цели выявление «лидеров изменений», именно их считает социальными предпринимателями и с позиции их вклада в социальные изменения определяет победителей конкурса. Со стороны это выглядит как смешение социального предпринимательства и СИ, тогда как в научной литературе все реже встречается отождествление этих двух понятий, а их концептуальная разработка идет в основном раздельно. Исследования социального предпринимательства погружены прежде всего в изучение механизмов и условий функционирования «гибридных организаций» — социальных предприятий, которые нацелены на решение социальной проблемы, а для экономической устойчивости участвуют в продаже товаров и услуг. В связи с этим многое в исследованиях социальных предприятий посвящено двойственной логике производства социальных и экономических благ и управлению соответствующей организацией [Alter, 2007; Mair, Wolf, 2021].

Исследование СИ обычно не требует организационной определенности [Ziegler, 2017]. Наоборот, принято говорить, что СИ не имеют фиксированных границ, возникают на границе разных секторов (государства, бизнеса, сообществ и домохозяйств) [Nicholls, Simon. Gabriel, 2015]. Для них характерно широкое разнообразие видов, включающих идеи, продукты и модели, которые удовлетворяют

социальным нуждам и создают новые формы сотрудничества [Murray, Caulier-Grace, Mulgan, 2010: 5]. Самое короткое определение СИ — это инновации, которые являются социальными как по целям, так и по результатам [БЕРА, 2010: 7]. На это определение можно ориентироваться интуитивно, но в строгом смысле слова оно недостаточно из-за тавтологичности объяснения социального через социальное [Hochgerner, 2013]. Кроме того, «социальное» может иметь много значений: а) то, что ориентировано на удовлетворение потребностей уязвимых групп населения; б) то, что адресовано обществу в целом (этот подход часто не дифференцирует социальное и экономическое благо); в) то, что является системным и относится к фундаментальным основам отношений и ценностей [Franz, Hochgerner, Howaldt, 2012: vii]; г) то, что относится к социальным взаимодействиям и предполагает участие социальных групп [Stott, Fava, Slawinski, 2019].

Все эти виды «социальности» находят отражение в тех или иных СИ. При этом консенсусным считается подход, объясняющий, как СИ связаны с социальными изменениями. В литературе принято выделять четыре характеристики, которые должны полностью или частично присутствовать в СИ: 1) удовлетворение ранее неудовлетворенных острых потребностей людей; 2) предложение инновационного решения, качественно отличающегося от уже существующих; 3) изменение социальных структур и отношений; 4) повышение способности общества действовать [Portales, 2019: 4—5] (см. рис. 1).

Рис. 1. Элементы определения понятия социальных инноваций²



Первая характеристика говорит о неудовлетворенных нуждах людей. В бизнес-инновациях о соответствии потребностям сигнализирует платежеспособный спрос, в СИ — решение социальной проблемы, которая беспокоит многих людей. Вторая характеристика предполагает *новизну* решения, она отвечает на вопрос,

² Источник: [Portales, 2019: 5].

каким образом осуществляется новое решение. Третья характеристика СИ относится к изменению *отношений* между участниками, которых затрагивает решение, то есть стейкхолдерами. Это могут быть пациенты, врачи, медсестры, персонал по уходу за пациентами. Речь идет о том, как от одного нежелательного равновесия (*status quo*) перейти к другому — желательному, в котором изменены отношения между участниками. Четвертая характеристика развивает тему изменения в сторону более широкой и/или глубокой *трансформации*. Она свидетельствует о «вооружении» общества (социальных групп и структур) средствами для дальнейших действий по изменению (например, от лечения заболевания — к перемене отношения общества к нему, от изменения механизма принятия решений — к расширению возможностей и прав пациентов, медсестер, вовлечению прежде пассивных групп в принятие решений [Portales, 2019: 5; Pel et al., 2020: 3]).

В следующем разделе приведен обзор кейсов с акцентом на формах и механизмах СИ в контексте решаемых ими социальных проблем. Иными словами, в большей мере он затрагивает первые две отмеченные характеристики СИ. В третьем разделе большее внимание уделяется третьей и четвертой характеристикам — изменению социальных отношений и социальной трансформации.

Формы и механизмы социальных инноваций и их ориентация на социальные проблемы

В данной статье «формы» и «механизмы» не являются аналитическими конструктами. Эти понятия представляют собой средство образного и смыслового ориентирования в целях выявления повторяющихся практик. Одна и та же форма может встречаться в нескольких кейсах (электронные платформы), а несколько — в одном (нелекарственные методы воздействия, создание новых профессий). Разделение форм и механизмов носит прежде всего технический характер. В конце раздела мы вернемся к вопросам взаимосвязи формы и механизма, в которых проявляются СИ. Под кейсом понимается случай реализации социальной инновации, то есть имеющий подтвержденный результат внедрения и общественно-го признания. Там, где это возможно, помимо данных фонда Ashoka использовались данные из других открытых источников, раскрывающие условия и результаты реализации исследуемых проектов, в частности данные о деятельности созданных инициаторами организаций.

Интеграция посредством информационных платформ

Сегодня самые явные и ожидаемые инновации — те, у которых новая социальная практика сочетается с использованием цифровых технологий. В наших кейсах это создание информационных платформ для интеграции историй болезней и облегчения кооперации врачей в интересах излечения пациентов. В трех кейсах создание электронной платформы выступает основной формой инновационного решения, в ряде других — сопровождением других инноваций.

По мнению И. Медрано (I. Medrano, «Savana», Spain, 13³), практикующего невролога, лишь незначительная часть работы докторов представляет собой «науку»,

³ Номер обозначает кейс в таблице Приложения.

остальная часть — это личная интуиция, опыт и рекомендации других профессионалов. Социальную проблему представляет изоляция практикующих врачей в повседневной работе, что приводит к невозможности изучения и использования опыта друг друга. Для интеграции данных об опыте врачей была создана платформа Savana, на которой собраны миллионы историй болезней и устранены лингвистические барьеры поиска полезной информации для любого случая. Платформа стала результатом сотрудничества многих акторов сектора здравоохранения: врачей, менеджеров, больниц, государственных и частных учреждений. Благодаря оперативности получения данных больницы, медицинские клиники и отдельные врачи мотивированы вносить вклад с помощью данных об историях болезни своих пациентов (платформа содержит механизм анонимизации личных данных пациентов). Тем самым платформа обеспечивает замкнутый цикл взаимодействия участников: бенефициары становятся поставщиками информации, а поставщики — бенефициарами.

В другом кейсе (Mohammad Al Ubaidli, «Patients know best», UK, 22) в центре инновации также находится платформа с данными об историях болезней, но ее главная цель — расширение прав и возможностей пациентов. Социальной проблемой, на которую отвечает эта СИ, является разрозненность данных об историях болезней каждого пациента, проходившего в разное время лечение в разных учреждениях, а также административные ограничения доступа пациента к полной информации об истории болезней. Платформа решает несколько задач: с одной стороны — преодолевает разрывы в информации и устраняет ошибки при сопоставлении данных о болезнях одного и того же человека, с другой — облегчает ему доступ к собственной истории болезней, в результате чего пациент становится полноправным участником лечения наряду с врачами и медучреждениями. Кроме того, платформа служит социальной структурой для взаимодействия врачей, клиницистов и медучреждений, связанного с проведением экспериментов и их валидацией новых решений. Инновационная платформа решила проблему, которую не удалось решить Национальной системе здравоохранения Великобритании (NHS). Ранее правительство Великобритании пыталось создать единую систему учета историй болезней, в 2011 г. оно признало программу неэффективной. Основная причина — невостребованность врачами и неинтегрированность в процессы оказания услуг [National Advisory Group..., 2016].

При разработке новой платформы были учтены ошибки предшественников и запущена кампания «Мое здоровье — мои записи», с тем чтобы добиться поддержки пациентов. Это позволило получить первый миллион сторонников и создать предпосылки для интеграции системы в NHS. Кроме того, одной из самых больших затрат на проведение медицинских исследований является получение согласия пациентов. На новой платформе это можно сделать быстро и безопасно онлайн.

Две электронные платформы с историями болезней решают разные проблемы и различаются структурой и интерфейсом. В одном случае платформа интегрирует опыт большого числа врачей в ходе лечения заболеваний и преодолевает замкнутость работы практикующего врача. В другом случае платформа служит механизмом контроля пациента над ходом лечения его болезней в течение всей жизни. Почему нужны разные платформы? Потому что у них разные задачи, для

которых не работает принцип «один размер подойдет всем». Во всех исследованных кейсах решения идут от проблемы и ориентируются на обратную связь. Сам факт цифровизации и структурирования данных еще не является инновацией, инновация — не просто изобретение, а создание того, что работает [Mulgan, 2007: 8].

Открытые инновации и сотрудничество между разработчиками

«Открытые инновации» — понятие, утвердившееся в бизнес-менеджменте и обозначающее разработку инноваций в режиме открытого сотрудничества с внешними акторами, в качестве которых могут выступать бизнес-организации, клиенты, эксперты, обычные люди. В исследованных кейсах речь идет о разновидности открытых инноваций — инновациях с открытым кодом [Schweisfurth, Raasch, Herstatt, 2011].

Ключевая идея проекта Ф. Диаса (F. Díaz «Autofabricantes», Spain, 8) — разработка дизайна и производство детских протезов при участии самих маленьких пациентов. Проблема, которую решает проект, — нежелание детей пользоваться стандартными протезами и их высокая стоимость. Идея СИ пришла в голову не врачу, а архитектору, который считал своей ключевой компетенцией междисциплинарное сотрудничество. Кейс является примером сразу нескольких форм инноваций: программного обеспечения с открытым кодом и формирования пациентоцентричной междисциплинарной команды разработчиков индивидуализированных протезов (родителей, ортопедов, ученых, инженеров, дизайнеров, производственников, специалистов по трудотерапии, студентов факультетов дизайна — всех, кто готов и может быть полезен). Главным в инновационном решении Ф. Диас считает не столько разработку конкретного продукта, сколько распространение методологии совместной пациентоцентричной работы экспертов-волонтеров. Таким образом, решение, «которое помогает девочке в Европе скакать на скакалке, полезно для мальчика, который хочет поливать огород в Латинской Америке»⁴. Заодно это снижает цену протеза по сравнению с существующими на рынке примерно в десять раз. Открытая инновация представляет здесь пакет документов, включающий инструктаж для формирования необходимой сети партнеров и волонтеров, подходы к формированию команды и развитию ее способности прислушиваться к потребностям ребенка, особенности конструкции и материалов. Этим могут пользоваться команды по всему миру, дополняя и развивая их. В итоге инновация для решения одного-двух случаев превратилась в глобальное общественное движение за обеспечение детей радостью от вновь обретенной автономии, социальной интеграции и уверенности в себе.

Другой кейс также связан с детьми и тоже предлагает взаимосвязанные решения (N. Febvre, «Les P'tits Doudous», France, 23). С одной стороны, это создание игрушек, игр и приложений, облегчающих детям пребывание в хирургических отделениях больниц в ожидании и после операции, а с другой — новый подход к финансовому обеспечению такого решения — переход к практике переработки биомедицинских отходов, не попавших в употребление. Проект отвечает на две проблемы: 1) уменьшение страха детей, оказавшихся в хирургических отделени-

⁴ Díaz F. Autofabricantes // Ashoka. URL: <https://www.ashoka.org/en-ca/fellow/fran-diaz> (дата обращения: 30.03.2025).

ях больницы, и 2) текучести среднего медицинского персонала из-за высокого уровня стресса и отсутствия каналов самореализации у медсестер, на которых ложится основная тяжесть взаимодействия с плачущими детьми в стационаре. Инновационное решение оформлено как создание сетевой организации — Ассоциации «Маленькие мишки»⁵. Проект показывает, что инновации в медицинской сфере совсем необязательно должны выглядеть «серьезно», опираться на разработки ученых или инициироваться вышестоящими структурами здравоохранения. Изменения происходят внутри больницы по инициативе ее персонала и внутренних ресурсов, и они по силам медсестрам. В итоге был разработан национальный бренд «Маленькие мишки», под которым могут самостоятельно организовываться новые команды в разных больницах Франции, им передаются ключевые элементы инновации, включая протоколы, контроль качества, обеспечение административной поддержки и примеры первых разработок.

Развитие сообществ, сетей и общественных движений

Из предыдущих кейсов видно, что создание сообщества, сети или общественного движения часто сопровождает социальные инновации и играет в них важную роль.

Создание новых отношений, сетей и связей с местным сообществом или в результате создания нового сообщества может служить решением разных практических задач: 1) сообщество выступает в качестве организационных рамок осуществления инновационного решения (например, в «Les P'tits Doudous» это сеть команд медсестер, ставшая зарегистрированной некоммерческой ассоциацией, в которую могут входить новые команды); 2) сообщество или социальная сеть служит способом преодоления ресурсных ограничений (в «Autofabricantes» создание сети партнерств с университетами и волонтерами служит бесплатным источником рекрутирования разработчиков протезов и снижения издержек на разработку); 3) сообщество или социальная сеть способствует объединению сторонников в целях масштабирования и продвижения СИ (в тех же «Autofabricantes» создание общественного движения направлено на обеспечение каждого ребенка, нуждающегося в протезе, возможностью формировать запрос на подходящее именно ему решение). Забегая вперед, можно сказать, что во всех исследованных кейсах наблюдается обращение к сообществам на разных этапах развития инновации. Здесь хотелось бы остановиться на примерах, где сообщество служит основной формой СИ. Приведем два примера.

В центре СИ Ф. Федели (F. Fedeli «Fight the Stroke», Italy, 9) лежит создание сообщества родителей больных детей, где участники делятся опытом раннего выявления и терапии детского инсульта и учатся друг у друга. Проблема, на которую направлена инновация, состоит в поздней диагностике и лечении раннего детского инсульта. В первые месяцы после рождения трудно распознать инсульт, а в запущенных стадиях, которые наиболее распространены, лечение осуществляется по аналогии со взрослыми. Между тем наблюдательность, эмпатия и разработка техник взаимодействия родителей и ребенка способны предупредить глубоко-

⁵ Название организации «Les P'tits Doudous» переводится с французского как «Маленькие мишки».

кие нарушения, а нередко даже привести к их полной ликвидации. Идея пришла к маме больного ребенка, когда она стала изучать новейшие данные о функциях зеркальных нейронов, а именно об их способности отвечать одновременно за имитацию движений и за эмпатию (способность ставить себя на место другого). После успешных экспериментов со своим ребенком она создала сообщество-форум по развитию сети взаимного обучения родителей по принципу «равный равному» (peer-to-peer). Сначала форум служил обкатке идеи на других случаях, чтобы разработать набор инструментов для предупреждения и преодоления последствий раннего детского инсульта, а затем — их распространению как новой услуги. Позднее при поддержке сообщества родителей был создан Международный альянс детского инсульта, его задача состояла в дальнейшем распространении нового подхода и широком привлечении профессионалов для развития исследований, а также разработке видеоигр в помощь реабилитации детей на дому.

Другой кейс (J. Kearney, Irish Community Rapid Response, Ireland, 15) решает проблему удаленности медицинских стационаров от жителей многих территорий Ирландии, не позволяющую вовремя принять меры при возникновении несчастных случаев (фактически пропускается первый час после события — «золотой час»). Решение состоит в создании команд экстренной помощи на базе местного сообщества. Это дает возможность членам команды прийти на помощь пациенту на месте и вскоре после того, как произошел несчастный случай. Кандидаты проходят специальное обучение, которое проводится по нескольким уровням подготовки: врача общей практики (если на территории есть врачи), специалистов передней линии (местные полицейские, пожарные, сотрудники береговой охраны, так называемые парамедики) и сотрудники поддержки (волонтеры). Специалисты объединены в общенациональную сеть «Irish Community Rapid Response».

Новая экономическая модель / модель снижения издержек

В эту категорию попали кейсы, которые меняют организацию труда врачей, удаляют наиболее затратные звенья в цепочке создания медицинской услуги, повышая доступность и качество услуг. Непосредственно новые модели снижения издержек представлены в пяти кейсах. Новые экономические модели они не изобретают, но решения являются новыми для тех сфер, к которым применяются.

Один их проектов направлен на реорганизацию труда врачей общей практики (B. Mousnier-Lompré, Ipso-Santé, France, 4). Европа страдает от перегрузки, снижения нормативного времени на взаимодействие с пациентом и высокой текучести врачей общей практики. Одно из решений состоит в объединении таких врачей в команды с освобождением их от непрофильных функций (они передаются менеджерам и программистам), в стимулировании обмена опытом, подключении к организации сестринских сетей и НКО, специализирующихся на уходе за пациентами. С одной стороны, это делает услугу врача комплексной, а с другой — увеличивает время, уделяемое пациенту.

Поиска экономичных решений требуют также редкие заболевания. Общая проблема последних в том, что на них не настроен ни рынок, ни система государственного здравоохранения. С одной стороны, на них выделяется мало государственных ресурсов, поскольку им подвержена сравнительно небольшая доля

пациентов. С другой стороны, из-за низкой емкости рынка даже высокая цена на лекарство не в состоянии заинтересовать фармакологические компании в их производстве. Поэтому СИ направлены либо на укрепление стороны предложения (поиск способов снижения издержек на производство лекарств) либо — стороны спроса на услуги (интеграция пациентов, имеющих разные редкие заболевания, по принципу «одного окна», включая маршрутизацию, сопровождение и консультирование). (K.Kant, EspeRare, Switzerland, 5; D.Dan, RareResourceNet, Romania, 6)

Модели снижения издержек достаточно разнообразны, здесь можно встретить необычные формы краудсорсинга, а также технологии сухого анализа крови к широкому спектру анализов для применения в развивающихся странах (M. Luengo, MalariaSpot, Spain, 21; J. Marti, Dry blood spot screening, Spain, 16).

Важной чертой решений является то, что все они по-разному борются с низкой доступностью услуги (ценовой, временной, пространственной), а не расширяют спектр услуг за счет платного здравоохранения.

Нелекарственные методы воздействия

Предложение нелекарственных методов воздействия на пациентов — еще одна форма повышения доступности услуг. С одной стороны, помогает преодолеть «узкое горло» в виде перегруженности врачей общей практики и дополнить или заменить его помощь в незапущенных случаях, с другой — расширить арсенал медицинского воздействия и повысить качество жизни пациентов. Они предлагаются в трех кейсах из 24. Среди них: лечение посттравматических неврологических нарушений на базе иппотерапии (H. Viruega, Equiforia, France, 11); предписание различных видов физической активности пациентам лечебниц для пожилых и домов престарелых (L. Koldby, Aktivitetsdoseten, Norway, 17); вовлечение пациентов в полезные социальные практики для закрепления результатов лекарственного лечения, либо вместо него (M. Swift, Wellbeing Enterprise, UK, 19).

Нелекарственные методы призваны воздействовать на различные стороны личности и ресурсы организма, повышая комплексность лечения; помогают освободить часть врачей и больничных коек; расширяют взгляд медицины на пациента за пределы узкой ориентации на патологию. Например, французский кейс (H. Viruega, Euphoria, France, 11) построен с использованием метода лечения неврологических больных иппотерапией. Новизна состоит не в самом факте применения иппотерапии, но в том, чтобы лечение включало окружение пациента и его собственные усилия по изменению ситуации. Иппотерапия и съемка ее сеансов позволяют фиксировать успехи пациента. Это становится центром экосистемы лечения и реабилитации неврологических больных. Вовлечение врачей, специалистов по уходу, членов семьи и пациентов помогает заметить улучшения состояния и отталкиваться от этих результатов на каждом следующем этапе воздействия.

Создание новых профессий

Создание новых профессий внутри медицины или в смежных областях — результат развития знаний, но это не единственное условие. Новые профессии формируются тогда, когда новое знание подлежит стандартизации и у него имеется ясное прикладное значение, способное к воспроизводству в определенных усло-

виях. Профессия — это социальный феномен, и для того чтобы из инновационного решения отпочковалась новая профессия, необходимо накопить достаточный опыт взаимодействий с участием разных сообществ и стейкхолдеров.

СИ в исследованных кейсах стали источником появления шести новых профессий: нейропсихолога (neuropsychologist, 3), доктора по активности (activity doctors, 16), куратора по вопросам благополучия (wellbeing officers, 18), кейс-менеджера (case managers, 6), тактильного медицинского эксперта (medical tactile experts (MTE), 9), специалиста экстренной догоспитальной помощи (prehospital specialty, 14). Приведем несколько примеров.

«Доктор по активности» (ЛюKoldby, Aktivitetsdosetten, Norway, 17) решает проблему повышения физической активности и расширения социальных взаимодействий пациентов учреждений по уходу за пожилыми людьми. Инновация изменяет методы ухода, смещая фокус с физического недуга на личные качества человека. Вместе с ним медсестра создает индивидуальный план по активностям, которые «прописываются» по аналогии с лекарствами. Обучение медсестер как «специалистов по активности» включает изучение жизненного опыта пациентов и создает штат более чутких сотрудников, мотивированных расширением возможностей пациентов. В свою очередь, это выявляет потенциал пациентов и улучшает их состояние.

Куратор по вопросам благополучия (M. Swift, Wellbeing Enterprise, UK, 19) встраивается в пространство между пациентом и врачом общей практики, но может оказывать и доклиническую помощь. Идея состоит в том, чтобы восполнить нехватку внимания к пациенту со стороны врача общей практики. Возникает модель социального консультирования, опирающегося на сильные стороны личности и ресурсы местного сообщества, чтобы предоставить пациентам инструменты социальной активности, доступные на его территории. На практике это могут быть очень разные вещи — от приглашения на курсы по вопросам сна, стресса или самоуважения до рекомендаций по проведению общественных мероприятий, танцам или скандинавской ходьбе.

Тактильные медицинские эксперты (F. Hoffmann, Discovering hands, Germany, 10) работают на основе разработанной автором стандартизированной системы ориентирования наощупь для осмотра молочных желез специально подготовленными незрячими женщинами. Это картографическая система, основанная на полосках Брайля, уже признана гинекологами и позволяет точно определить любую аномалию / уплотнение по двумерным координатам. Тактильные медицинские эксперты также способны выполнять задачи курирующего фельдшера и вести медицинскую документацию.

Соотношение форм и механизмов социальных инициатив

Поскольку описанные формы СИ не являются результатом классификации, имеет смысл не столько сравнивать их между собой, сколько говорить о том, как разные формы и механизмы СИ, дополняя друг друга, помогают понять феномен СИ.

Первое, что бросается в глаза, — это разнообразие форм, их разнокалиберность. Разительные отличия СИ друг от друга даже могут порождать сомнение, об одном ли явлении идет речь. Они могут иметь четкие границы и быть достаточно формализованы (электронная платформа, методика, программный продукт,

новая профессия, медицинский тест), а могут быть нечеткими и организационно расплывчатыми (сообщество, сеть, организация труда, открытая инновация как распределенное развитие знания). Они могут быть погружены в решение проблемы на локальном уровне (местное сообщество) или быть обращены к национальному и даже глобальному контексту (например, создать модель оказания услуг врачей общей практики в Париже или глобальную сеть разработчиков индивидуализированных протезов).

Второе почти противоположное наблюдение — различие в формах СИ не делает многие из этих форм уникальными. Электронные платформы, новые профессии, создание новых сообществ встречаются не только в разных СИ, но и в более «традиционных» бизнес-инновациях. Частично и различия, и повторяемость можно объяснить через имеющиеся типологии СИ. Самая известная типология бизнес-инноваций принадлежит Й. Шумпетеру, и обусловлена различным местом инноваций в цепочке создания стоимости. Он разделял инновации на продуктовые, технологические (процессные), организационные, инновации в виде использования новых ресурсов, освоения новых рынков и отраслей [Шумпетер: 133]. В немного скорректированном виде эта типология применяется и к СИ [TEPSIE, 2014: 24]. Существуют более громоздкие типологии СИ, одна из которых насчитывает 18 категорий и сформирована на основе сочетания четырех видов социального взаимодействия (кооперация, обмен, конкуренция, конфликт) и проявления СИ в виде прямого действия, осмысления (включая обучение) или организации процессов [Wittmayer et al., 2022].

Третий важный момент, наблюдаемый при обзоре кейсов, — трудность в различении формы и механизма реализации СИ. Согласно исследованиям науки, механизмы — это сущности и активности, организованные таким образом, что они производят регулярные изменения от начала или установки до конца или условий прекращения [Machamer, Darden, Craver, 2000: 3]. В случае СИ сущности и активности включают людей, социальные группы и их взаимодействия. Когда СИ не имеют непосредственно формы отношений, форма и механизмы СИ различаются, когда сами социальные взаимодействия служат основной формой СИ (как в случае с ирландской сетью экстренной догоспитальной помощи), форма и механизм совпадают. Социальные взаимодействия и участие сообществ — это то, что объединяет различные формы СИ и обязательно присутствует в механизмах их реализации. Многие исследователи СИ исходят из понимания «социального» как относящегося к социальным группам, сетям, структурам и коллективному принятию решений. В последнее время в исследованиях СИ стал распространяться «отношенческий» (relational) подход, в котором СИ рассматриваются как «процесс изменения социальных отношений» [Pel et al., 2020: 3].

Четвертая особенность — сложносоставной, или комплексный, характер СИ. Они включают обычно больше одного решения и больше одного механизма реализации, поэтому не укладываются в рамки простой схемы «разработка — внедрение». Кроме того, СИ имеют длительность [Westley, Antadze 2010]. В разные отрезки времени инновационное решение может заключаться в разных вещах и даже создавать трудности в фиксации. Это можно рассматривать в традиционном для инноваций ключе — как этапы формирования инновации: генерация идеи, разра-

ботка и пилотаж, масштабирование и распространение, обучение и дальнейшее развитие [Mulgan, 2007: 27—30]. Однако длительность в СИ — это не просто стадии, имеющие конечный результат на финишных линиях, это движение, во-первых, от одного социального эффекта к другому, а во-вторых — к обеспечению продолжающегося изменения, то есть изменения в общественных отношениях. Для лучшего понимания этих свойств следует обратиться к концепции трансформационных (преобразующих) СИ на примере двух из рассмотренных кейсов.

Преобразующий характер СИ

Трансформационные СИ представляют собой развитие подхода, описанного в начале статьи, а именно тех аспектов СИ, которые связаны с изменением социальных структур и отношений, а также с повышением способности общества действовать (см. рис. 1). По мнению авторов теории трансформационных СИ, они проявляются через изменения социально-материальных отношений четырех типов: 1) отношения между разработчиками СИ; 2) отношения между разработчиками и сообществами и сетями, в том числе формируемыми разработчиками; 3) отношения с доминирующими институтами, в том числе подлежащими изменению; 4) отношение к социально-материальному контексту, в котором действуют доминирующие институты и который также может быть подвержен изменению [Pel et al., 2020]. Это не этапы, а скорее четыре круга отношений.

Отношения между разработчиками СИ

Отношения внутри команды разработчиков имеют решающее значение в ходе развития знания от первичной идеи к ее кристаллизации и «прототипированию» в форме ли языка, знаков или материальных объектов. Наличие другого человека (команды) служит автору идеи способом выявления, объяснения, обкатки и развития идеи (со всеми метаморфозами перехода знания из одной формы в другую в динамической теории создания инноваций в организациях [Нонака, Такеучи, 2011]⁶).

Первичная группа разработчиков СИ может быть небольшой и неформальной. Так, в кейсе Ф. Федели (9) идея СИ разрабатывается преимущественно между двумя родителями и ребенком с использованием научной литературы. Столкнувшись с неспособностью медиков повлиять на состояние больного сына, Ф. Федели, не будучи медиком, стала действовать сама и применила к реабилитации детей с ранним инсультом новейшее научное открытие. После консультации с автором открытия и первых удачных экспериментов с сыном у нее возникла гипотеза

⁶ В своей знаменитой работе японские эксперты разработали теорию развития знаний, предполагающую постоянную конверсию скрытого и эксплицитного знания внутри четырех процессов: 1) от скрытого знания — к скрытому знанию (социализация, осуществляемая в ходе непосредственной совместной деятельности без посредничества языка и знаков), 2) от скрытого знания — к эксплицитному знанию (экстернализация, когда передача знания получает внешнюю форму, выражаемую в языке, моделях, формулах), 3) от эксплицитного знания — к скрытому знанию (интернализация, когда после формального обучения человек обретает личный опыт его применения в виде скрытого знания), 4) от эксплицитного знания — к другому эксплицитному знанию (комбинация, наиболее формальный способ развития знания, преобладающий при обучении теоретическим дисциплинам [Нонака, Такеучи, 2011]). В данной работе нет места для исследования связи между развитием знания и изменением отношений в трансформационных СИ, но очевидно, что она есть в каждом из кругов взаимодействий и должна отражаться на процессе трансформации.

теза о переносе реабилитации в домашние условия и центральной роли родителей как наиболее мотивированных и связанных с ребенком эмпатией людей.

Развитие проекта Ф. Диаса (8) также связано с семьями и детьми, получившими травму и нуждающимися в протезах. Задача участия ребенка — в том, чтобы помочь разработчикам выявить его позицию по отношению к желательным функциям протеза. Ребенок обладает скрытым знанием о том, что ему нужно, но трансформировать его в формализованные знания и новые решения разработчики должны сами. Команда создателей призвана вместе с родителями «раскрыть» скрытое знание ребенка о том, что ему нужно, и перевести его в технические характеристики протеза. Для того чтобы перевести с «детского» на «инженерный» язык, потребовались не только дети и родители, но и междисциплинарный состав, а также итерационный процесс, в котором разработка проходит несколько циклов: выявление позиции ребенка, обсуждение, формализация знания, производство прототипа и снова обращение к ребенку, пока не будет создан подходящий продукт.

В чем состоят изменения в этом круге отношений? Помимо развития технических знаний и разработки инновации/прототипа, которые присутствуют и в бизнес-инновациях, СИ обладают дополнительными свойствами: 1) расширение прав и возможностей участников для дальнейших действий (формирование команды, совместное усвоение и развитие знаний, выполнение новых социальных ролей); 2) разработка набора инструментов, пригодных для использования другими, выработка передаточных механизмов; 3) создание организации (или подготовка к созданию — формирование стратегии, документов), которая заключала бы отношения разработчиков в устойчивую социальную структуру с возможной кооптацией в нее новых членов и установлением правил привлечения стейкхолдеров (волонтеров, доноров, других заинтересованных лиц) [Pel et al., 2020; Mulgan, 2007].

Отношения между разработчиками, сообществами и сетями

Чтобы новое инновационное решение получило распространение и могло совершенствоваться дальше, вокруг него должна сформироваться сеть сторонников. Это нужно и для того, чтобы достучаться до людей, принимающих решения о его масштабировании, и для того, чтобы достучаться до целевой группы (потенциальных клиентов, даже если им оно предоставляется бесплатно). Решение также может нуждаться в проверке и подтверждении среди заинтересованных людей. Поэтому центральное место во втором круге взаимодействий занимает создание неформального сообщества, сети или формальной ассоциации.

В проекте Ф. Федели для этого создан онлайн-форум, где родители детей с ранним инсультом могли подтвердить релевантность принятого решения и развить первоначальное знание по принципу peer-to-peer. Онлайн-сообщество родителей детей с детским инсультом выполняет несколько функций. Во-первых, оно служит обобщению и универсализации первоначального знания, переходу от частного случая к методу, применимому при определенном диагнозе, формируется новая социальная и профессиональная практика. Во-вторых, оно становится «ценностной сетью», группой поддержки для продвижения нового решения в Италии и других странах. Происходит переход от национального сообщества к Международному альянсу по борьбе с детским инсультом. В-третьих, оно способствует расширению

набора реабилитационных услуг. Международное распространение служит вовлечению стейкхолдеров — как потенциальных потребителей, так и производителей-партнеров. Например, оно убеждает бизнес в целесообразности разработки видеоигр, ускоряющих реабилитацию ребенка и, как следствие, в разработке разных типов продуктов — непосредственно для детей с аналогичным диагнозом, для детей с другим диагнозом и сходными проблемами, для взрослых, с использованием видеоигр и без. Из этих более широких социальных взаимодействий возникает новая линейка социальных продуктов, которая в отличие от бизнес-инноваций рассчитана, прежде всего, не на окупаемость, а на востребованность и реабилитационный эффект. В-четвертых, широкая социальная база способствует получению дополнительных ресурсов для существования организации. Это и привлечение благотворительных средств и грантов, и собственные продажи непрофильным клиентам для финансирования основной деятельности. Тем самым, с одной стороны, развивается клиентская сеть, а с другой — все большее число стейкхолдеров из числа представителей бизнеса вовлекается в партнерство — прежде всего производители видеоигр, облачных вычислений, инструментов дополненной реальности, корпоративных благотворителей. Возможность сообщества выполнять функции «ценностной сети», клиентской базы и источника ресурсов уже отмечалась исследователями ранее [Mair, Schoen, 2007].

Впроекте Ф. Диаса (8) решаются сходные проблемы, в том числе на базе международной ассоциации, — с той разницей, что путь к использованию СИ коллегами по всему миру открывается через СИ с открытым кодом, в которой сформулированы основные методы работы. Ассоциация и сообщества волонтеров также служат ценностной сетью, средством восполнения ресурсов и клиентской базой — пользователей разработки с открытым кодом.

Отношения с доминирующими институтами

Авторы концепции трансформационных СИ понимают трансформационные изменения «как процесс оспаривания, изменения или замены доминирующих институтов в определенном социально-материальном контексте» [Pel et al., 2020: 3]. Акцент на контексте обусловлен тем, что в отличие от реформ, которые часто имеют дискретный характер, СИ вырастают из определенной предметной среды и неразрывно с ней связаны, даже если распространяются на больший круг явлений, чем в начале своего развития. Указание на оспаривание, изменение или замену/отмену, которую предлагают СИ, позволяет различать степень изменений.

В одних случаях для решения социальной проблемы необходим отказ от нежелательной практики, укорененной в институтах здравоохранения. В этом случае институты требуют починки или замены. В других случаях оспаривание нежелательной практики имеет целью внедрение в сложившуюся систему здравоохранения новых практик и решений, которое способствовало бы их дальнейшему распространению и укоренению. В связи с этим некоторые авторы следующим образом разделяют СИ по степени влияния на сложившиеся институты: «починка», «модернизация», «трансформация» и «разделение» [Howald et al., 2017: 117]. В последнем случае новое и старое решение сосуществуют параллельно, не пересекаясь в условиях панархии [Loorbach, 2014]. Другими словами, транс-

формационные СИ имеют мало общего с революционным переворотом, они начинаются со встраивания в контекст и институты, а далее действуют сквозь них.

Медицина отличается тем, что новые разработки здесь требуют более строгой валидации для признания системой и включения в круг врачебных рекомендаций. Если Ф. Диас обращается к государственным структурам (университетам) еще при формировании сообщества вокруг нового решения, то для Ф. Федели общение с государственными службами — это отдельное направление работы, возникшее на более поздних стадиях развития инновации.

Уже имея за плечами первые разработки, Ф. Федели выиграла международный грант на дальнейшие исследования системы реабилитации пациентов и провела 100 интервью с врачами и экспертами из США и Европы, ее задача на этом этапе — развитие нового метода реабилитации и его внедрение, а для этого — формирование ценностной сети уже среди медицинских экспертов. В ходе этих диалогов выясняется, что эксперты относятся критически к сложившейся системе реабилитации детей, переживших инсульт, и она давно не обновлялась и не модернизировалась. Становится ясно, что нужна не починка, а модернизация, а также, возможно, и трансформация реабилитации детей, причем, во многих странах. Но чтобы Ф. Федели могла предлагать свое решение как медицинскую реабилитацию, ее методика должна пройти медицинское подтверждение и признание, чем она в настоящий момент и занимается. До того как изменить систему, она должна встроиться в эту систему, а врачам, экспертам и родителям, принявшим ее подход, предстоит стать «амбассадорами» СИ в государственных и частных медицинских структурах. Процесс изменения институтов не закончен, но продолжается.

В проекте Ф. Диаса оспариваемым институтом является не медицинская практика, а сложившийся рынок стандартных протезов. Изменение системы производства детских протезов для Ф. Диаса и его организации с самого начала рассматривается как цель СИ. С его точки зрения, и этот рынок, и отраженные в нем представления об универсальной функциональности детских протезов необходимо отвергнуть, так как дети массово отказываются от использования таких протезов, они недоступны по цене для большинства семей и малофункциональны (игнорируют индивидуальные запросы). Это радикальное изменение и разрушение текущей ортопедической монополии производителей. И хотя она поддерживается рекомендациями системы здравоохранения, именно рыночная монополия является объектом трансформации. Для распространения разработанного им решения Ф. Диас привлек ключевых союзников из самой системы здравоохранения — Национальную ассоциацию инвалидов, государственные больницы и университеты..

Изменения в ходе взаимодействия с доминирующими институтами в трансформационных СИ должны пройти разные этапы [Pel et al., 2020]. В нашем случае это: 1) встраивание новых решений в институциональную среду, их адаптация к ней; 2) опора на действующие элементы и практики системы, проникновение в нее и внесение изменений изнутри; 3) распространение положительных результатов новой практики (новой формы реабилитации, индивидуализированных протезов); 4) выигрыш в ценовой конкуренции на рынке продуктов — снижение издержек за счет включения нерыночных ресурсов в целях сделать продукт доступным по цене для целевой группы. Ф. Федели это делает за счет балансирования про-

дуктов для детей и продуктов для взрослых. Детям продукты реабилитации предоставляются бесплатно, тогда как взрослые пациенты получают их на платной основе. У Ф. Диаса издержки сокращаются за счет волонтеров — экспертов и студентов, массовых лабораторий и университетских инкубаторов, что позволяет снизить цену протеза примерно в десять раз. Подходы к объяснению противоречивой природы гибридных организаций, сочетающих рост издержек, связанный с решением социальной проблемы, с их сокращением в интересах самокупаемости заслуживают отдельного внимания [Hockerts, 2015].

Отношение к социально-материальному контексту

Нередко мы изучаем СИ в моменты, когда они еще не затронули широкий социально-материальный контекст, либо у нас нет об этом информации. Тем не менее некоторые наблюдения позволяют об этом судить.

Ф. Федели называет свой метод «открытой медициной», под которой понимает радикальное изменение роли родителей в реабилитации детей. Она предлагает отношения, в которых активную роль играют не профессионалы, а — с точки зрения сложившейся медицинской практики, — «дилетанты». Этот принцип может смутить любого, но в случае многих детских заболеваний Ф. Федели доказала его оправданность. Во-первых, в ее кейсе, родители были хорошо информированными дилетантами, опирались на научное открытие и консультировались с его автором. Во-вторых, обращение к родителям как первой инстанции в случае детского паралича обусловлено характером болезни — это они находятся с ребенком, и от них зависит, как рано будет распознано заболевание (это касается многих ранних заболеваний детей). В-третьих, специфика метода опирается на эмпатию, которая в предлагаемом подходе имеет ключевой характер в силу особенностей зеркальных нейронов отвечать и за имитацию движений, и за сочувствие. В-четвертых, принцип «не навреди», характерный для работы врача, не противоречит совместной работе врачей и родителей, и вопрос скорее в том, как его понимать в случае тех или иных заболеваний. Реабилитация детей по аналогии с пожилыми взрослыми и потеря времени, когда эффект от терапии снижается с ростом ребенка, вряд ли отвечает принципу «не навреди». Это подводит к необходимости пересмотреть сам подход к оказанию медицинской помощи и принципов, на которых она держится.

Конечная цель проекта Диаса — стереть границы между теми, кто производит протезы и медицинские приспособления, и теми, кто их получает. Он привносит принципы открытости и сотрудничества в производство протезов (отсюда опоры на фаблабы)⁷. С одной стороны, это развивает тему индивидуализации и удешевления протезов, поскольку дети растут, протезы нужно менять, и это не должно быть дорого. С другой стороны, это демократизирует протезирование и делает его инклюзивным, привлекая широкое общественное внимание. Сотрудничество и совместное производство при активном участии вузов и студентов делает

⁷ Фаблаб — от английского *fab lab* — *fabrication laboratory*, производственная мастерская коллективного пользования, оборудованная всем необходимым для самостоятельного производства изделий из разных материалов. Первоначально возникали при университетах, но позже стали частью городских территорий творчества. Существует также международная сеть городских фаблабов, см. <https://www.fablabs.io/about> (дата доступа: 02.05.2025).

инициативу близкой многим. С третьей стороны, предлагаемый подход к производству протезов подрывает монополию ортопедических компаний и их исключительность на фоне развития темы производства индивидуализированных товаров и услуг. Но если в общественной риторике и СМИ они чаще ассоциируются с высокотехнологичным и элитарным бизнесом, то Диас предлагает конкретную альтернативу такому подходу. Речь может идти уже не только о протезах, а о преодолении барьеров закрытости университетов, инноваций, технологий и клиник и их сближении с любыми заинтересованными людьми и сообществами. Конечно, для этого надо еще многое сделать, но в этом и состоят преобразования «социально-материального контекста».

Список литературы (References)

1. Нонака И., Takeuchi Х. Компания — создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах. М.: Олимп-Бизнес, 2011.
Nonaka I., Takeuchi H. (2011) *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Moscow: Olimp-Business. (In Russ.)
2. Шумпетер Й. А. Теория экономического развития. Капитализм, социализм и демократия. М.: Эксмо, 2008.
Schumpeter J. (2008) *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and Business Cycle*. Moscow: Eksmo. (In Russ.)
3. Alter K. (2007) *Social Enterprise Typology*. Washington, DC: Virtue Ventures LLC. URL: <https://isfcolombia.uniandes.edu.co/images/201519/LRD31.pdf> (accessed 02.05.2025)
4. BEPA (Bureau of European Policy Advisors), 2010. *Empowering People, Driving Change: Social Innovation in the European Union*, European Commission. URL: https://migrant-integration.ec.europa.eu/sites/default/files/2011-01/doc1_17731_35611801.pdf (accessed 30.01.2025).
5. Franz H-W., Hochgerner J., Howaldt J. (2012) *Challenge Social Innovation. Potentials for Business, Social Entrepreneurship, Welfare and Civil Society*. Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-32879-4>.
6. Hochgerner J. (2013) Social Innovation. In: Carayannis E. G. (ed.) *Encyclopedia of Creativity, Invention, Innovation and Entrepreneurship*. New York, NY: Springer. P. 1678—1686. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4614-3858-8_329 (accessed 30.01.2025).
7. Hockerts K. (2015) How Hybrid Organizations Turn Antagonistic Assets into Complementarities. *California Management Review*. Vol. 57. No. 3. P. 83—106. <https://doi.org/10.1525/cm.2015.57.3.83>
8. Howaldt J., Schwarz M. (2010) *Social Innovation: Concepts, Research Fields and International Trends*. Dortmund: Sozialforschungsstelle Dortmund ZWE der TU-Dortmund.

9. Loorbach D. (2014) To Transition! Governance Panarchy in the New Transformation. Inaugural Lecture Erasmus University of Rotterdam. Rotterdam. URL: http://www.drift.eur.nl/wp-content/uploads/2014/11/To_Transition-Loorbach-2014.pdf (accessed 30.01.2025).
10. Machamer P., Darden L., Craver C. F. (2000) Thinking about Mechanisms. *Philosophy of Science*. Vol. 67. No. 1. <https://doi.org/10.1086/392759>.
11. Mair J., Schoen O. (2007) Successful Social Entrepreneurial Business Models in the Context of Developing Economies: An Explorative Study. *International Journal of Emerging Markets*. Vol. 2. No. 1. P. 54—68. <https://doi.org/10.1108/17468800710718895>.
12. Mair J., Wolf M. (2021) Hybrid Organizations as Sites for Reimagining Organizational Governance. P. 311—325. In: Donnelly-Cox G., Meyer M., Wijkström F. (eds.) *Research Handbook on Nonprofit Governance*. <https://doi.org/10.4337/9781788114912.00027>.
13. Mulgan G. 2007 Social Innovation: What It Is, Why It Matters and How It Can Be Accelerated. The Young Foundation. University of Oxford, Saïd Business School. URL: <https://www.youngfoundation.org/our-work/publications/social-innovation-what-it-is-why-it-matters-how-it-can-be-accelerated/> (accessed 02.05.2025).
14. Murray R., Caulier-Grace J., Mulgan G. (2010) The Open Book on Social Innovation. The Young Foundation. NESTA. March 2010. URL: <https://www.youngfoundation.org/our-work/publications/the-open-book-of-social-innovation/> (accessed 30.01.2025).
15. National Advisory Group on Health Information Technology in England (2016) Making IT Work: Harnessing the Power of Health Information Technology to Improve Care in England. August. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a8091afe5274a2e87dba8f2/Wachter_Review_Accessible.pdf (accessed 02.05.2025).
16. Nicholls A., Simon J., Gabriel M. (2015) Introduction: Dimensions of Social Innovation. In: Nicholls A., Simon J., Gabriel M. (eds.), *New Frontiers in Social Innovation Research*. Palgrave Macmillan. P. 1—26. <https://doi.org/10.1057/9781137506801>
17. Pel B., Haxeltine A., Avelino F., Dumitru A., Kemp R., Bauler T., Kunze I., Dorland J., Wittmayer J., Jørgensen M. S. (2020) Towards a Theory of Transformative Social Innovation: A Relational Framework and 12 Propositions. *Research Policy*. Vol. 49. No. 8. Art. 104080. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2020.104080>.
18. Portales L. (2019) Social Innovation and Social Entrepreneurship: Fundamentals, Concepts, and Tools. Cham: Palgrave Macmillan. URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-13456-3> (accessed: 02.05.2025).
19. Salamon L. M. (1987) Of Market Failure, Voluntary Failure, and Third-Party Government: Toward a Theory of Government-Nonprofit Relations in the Modern Wel-

fare State. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. Vol. 16. No. 1—2. P. 29—49. <https://doi.org/10.1177/089976408701600104>.

20. Schweisfurth T., Raasch Ch., Herstatt C. (2011) Free Revealing in Open Innovation: A Comparison of Different Models and Their Benefits for Companies. *International Journal of Product Development*. Vol. 13. No. 2. P. 95—118. <https://doi.org/10.1504/IJPD.2011.038867>.
21. Stott N., Fava M., Slawinski N. (2019) Community Social Innovation: Taking a Long View on Community Enterprise. In: George G., Baker T. (eds.) *Handbook of Inclusive Innovation: The Role of Organizations, Markets and Communities in Social Innovation*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited. <https://doi.org/10.4337/9781839105340.00014>.
22. TEPSIE. (2014) Social Innovation Theory and Research. A Guide for Researchers. URL: https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2015/04/YOFJ2785_Tepsie_A-guide_for_researchers_06.01.15_WEB.pdf (accessed 02.05.2025).
23. Westley F., Antadze N. (2010) Making a Difference: Strategies for Scaling Social Innovation for Greater Impact. *Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. Vol. 15. No. 2. Art. 2. <https://doi.org/10.4337/9781839105340.00014>.
24. Wittmayer J. M., Hielscher S., Fraaije M., Avelino F., Rogge K. (2022) A Typology for Unpacking the Diversity of Social Innovation in Energy Transitions. *Energy Research & Social Science*. Vol. 88. P. 1—11. <https://doi.org/10.1016/j.erss.2022.102513>.
25. Ziegler R. (2017) Social Innovation as a Collaborative Concept. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*. Vol. 30. No. 4. P. 388—405.

Приложение. Список кейсов

№	Names	Название организации, страна	Фокус	Год признания в Ashoka	Профессия / образование, дополнительные пояснения
1	Abdelaali El Badaoui	Banlieu Santé, France	Организация сообщества пациентов для развития самосохранительного поведения	2022	Медбрат
2	Barbara Czeizel	Early Intervention Centre, Hungary	Раннее вмешательство при нарушении развития у детей. Организация отношений с больницами, врачами, родителями, экспертами, учителями и другими сторонниками нового типа	2013	Преподаватель школы для детей с особенностями развития, мама больного ребенка
3	Benedicte Defontaine	Alois network, France	Трансформация помощи пожилым с ментальными нарушениями	2013	Врач-невролог

№	Names	Название организации, страна	Фокус	Год признания в Ashoka	Профессия / образование, дополнительные пояснения
4	Benjamin Mousnier-Lompré	Ipso-Santé, France	Новая модель организации труда врачей общей практики	2017	Предприниматель, выпускник бизнес-школы, члены семьи — врачи
5	Caroline Kant,	EspeRare, Switzerland	Репозиция существующих лекарств для лечения редких заболеваний	2014	Специалист в области молекулярной биологии, работала в Силиконовой долине, мама ребенка с редким заболеванием. Партнерство с клиническими исследователями и фармкомпанией
6	Donica Dan	RareResourceNet, Romania	Интегрированная система помощи для пациентов с редкими заболеваниями на основе системы одного окна	2018	Экономист, мама больного ребенка, сотрудничество с врачами
7	Elzbieta Szwalkiewicz	Association of Ill and Long-Term Immobile Blue Umbrella, Poland	Разработка структуры и сестринской помощи в домах престарелых (5 уровней помощи)	2003	Медсестра, PhD в юриспруденции
8	Fran Díaz	Autofabricantes (self — builders), Spain	Создание междисциплинарного сообщества разработчиков детских протезов, ориентированного на потребности ребенка	2020	Архитектор, руководитель инновационных команд разработчиков протезов с участием врачей
9	Francesca Fedeli	Fight the Stroke (FTS), Italy	Система реабилитации детей, переживших ранний инсульт, основанная на работе зеркальных нейронов	2015	Экономист, мама больного ребенка. Консультации с проф. медицины — автором открытия о зеркальных нейронах
10	Frank Hoffmann	Discovering Hands, Germany; EnAble, India (как часть D.H.)	Новая методика диагностики рака молочной железы на основе обучения экспертов из числа слепых женщин	2010	Гинеколог
11	Hélèn Viruega	Equiphoria, France	Новый нелекарственный экосистемный подход к повышению качества жизни пациентов с неврологическими нарушениями на базе иппотерапии	2016	Невролог, специалист в области психического здоровья и обучения. Публикации в Brain science
12	Ida Karpinska	Flower of Femininity, Poland	Комплексные меры по борьбе с раком шейки матки у женщин на базе объединения пациентов и создания сети стейкхолдеров	2013	Предприниматель, дизайнер, пациент. Сотрудничество с терапевтами и гинекологами

№	Names	Название организации, страна	Фокус	Год признания в Ashoka	Профессия / образование, дополнительные пояснения
13	Ignacio Medrano	Savana, Spain	Онлайн платформа для пополнения знаний врачей на основе аккумулярования миллионов историй болезней с использованием искусственного интеллекта и больших данных	2017	Невролог
14	Jean-Loup Mouysset	La santé intégrative, France	Комбинированное использование конвенциональной медицины, медицины сопровождения и медицины образа жизни для онкологических больных; многопрофильная команда	2010	Онколог
15	John Kearney	Irish Community Rapid Response (ICRR), Ireland	Создание оперативной системы догоспитальной экстренной помощи на основе ресурсов местных сообществ и объединение их в общенациональную сеть	2015	Парамедик, предприниматель. Сотрудничество с медиками
16	Jordi Marti	Dry blood spot screening, (DBS), Spain	Экономически эффективная система ранней диагностики неинфекционных тихих заболеваний на основе метода биохимического анализа высушенных образцов крови	2011	Высшее образование в области химической инженерии. Опыт работы в реанимационном отделении военного госпиталя
17	Lone Koldby	Aktivitetssosetten, Norway	Внедрение в систему помощи в домах престарелых индивидуально разрабатываемых «наборов» социальной активности	2013	Физиотерапевт, работа в реабилитационном центре для пожилых
18	Marie-Noël Besanson	Les Invités au Festin (IAF) Network, France	Инновационная система жизни в сообществе на основе сети домов дневного пребывания и проживания пациентов с ментальными нарушениями	2007	Психиатр
19	Mark Swift	Wellbeing Enterprise, UK	Внедрение в Национальную систему здравоохранения NHS «социальных назначений» и ее интеграция в работу врачей общей практики	2017	Биохимик с опытом работы в сфере благотворительной помощи пациентам с ментальными нарушениями и в структурах NHS

№	Names	Название организации, страна	Фокус	Год признания в Ashoka	Профессия / образование, дополнительные пояснения
20	Martin Loučka	Centrum Paliativní Péče, Czech Republic	Интегрированная вокруг потребностей пациента экосистема паллиативной помощи в конце жизни.	2023	Психолог, журналист, PhD в области исследований здоровья и психологии
21	Miguel Luengo	MalariaSpot, Spain	Новый метод диагностики малярии на основе сопоставления изображений клеток с образцами краудсорсинга и больших данных	2013	PhD в сфере биомедицинского инжиниринга, публикации в Science
22	Mohammad Al Ubaidli	Patients Know Best, UK	Создание электронной платформы, интегрирующей разрозненные сведения об истории болезней пациентов, предназначенной для контроля пациентами	2011	Физик, программист, учился медицине в Кембриджском университете. Пациент с редким генетическим заболеванием иммунитета.
23	Nolwenn Febvre 2018	Les P'tits Doudous, France	Создание общенационального бренда «Les P'tits Doudous» (маленькие мишки) по разработке решений, облегчающих чувство тревоги у детей, лежащих в больницу для хирургической операции. Открытые инновации	2018	Медсестра-анестезиолог
24	Oskar Blakstad 2018 Norway	Assisted Self-Help (ASH), Norway	Создание интегрированной электронной системы самопомощи пациентов с легкими и средними психическими нарушениями, встроенную в муниципальную систему здравоохранения	2018	Психолог, изучал программирование

Источник: составлено авторами на основе базы данных о лауреатах глобальной организации поддержки социального предпринимательства Ashoka. URL: www.ashoka.org/fellows.